

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI



ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE



MEMOIRE DE FIN DE CYCLE II

DIPLÔME D'ADMINISTRATEUR

ADMINISTRATION DES FINANCES

**ADMINISTRATION HOSPITALIERE
UNIVERSITAIRE ET D'INTENDANCE**

ANNEE ACADEMIQUE

2008-2009

THÈME

**APPROCHE POUR UNE
AMELIORATION DES CONDITIONS
DE PRISE EN CHARGE DES
PATIENTS AU CENTRE HOSPITALIER
DÉPARTEMENTAL DU BORGOU**

SOUS LA DIRECTION DE :

MAITRE DE STAGE

**M. Félix M. HOUNSOU
Administrateur des hôpitaux
C/SAAE au CHD/Borgou**

DIRECTEUR DE MEMOIRE

**M .Hugues B.M. TCHIBOZO
Economiste de la Santé/
Manager Sanitaire
Chargé de cours à l'ENAM/UAC**

DECEMBRE 2009

IDENTIFICATION DU JURY

PRESIDENT : Madame Bernadette AGOSSOU SOHOUDJI

VICE – PRESIDENT : Monsieur Adrien HOUMSA

MEMBRE : Monsieur Adrien LOKOSSOU

**L'ECOLE NATIONALE
D'ADMINISTRATION ET DE
MAGISTRATURE N'ENTEND DONNER
AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION
AUX OPINIONS EMISES DANS CE
MEMOIRE.
CES OPINIONS DOIVENT ETRE
CONSIDEREES COMME
PROPRES A LEUR AUTEUR.**

DEDICACE

- A la mémoire de mes chers parents qui ne sont plus de ce monde et qui continuent d'être à mes côtés. Que la Paix et la Miséricorde d'Allah soient vous.
- A mon époux merci pour toute ta participation.
- A mes enfants que ce travail soit pour vous un témoignage de mon amour et un exemple à parfaire. Travailler, persévérer, beaucoup de chance et de courage à vous. Que le Seigneur vous comble de ses grâces et de ses multiples bienfaits.
- A ma sœur, Que ce travail vous incite à la curiosité intellectuelle.
- A mes cousins et cousines : Abdoulaye, Boubakar, Daouda, Zull, Rosaline, Léontine, Antoinette.

REMERCIEMENTS

Nous remercions sincèrement :

- M. Hugues B. M. TCHIBOZO, notre maitre de mémoire pour notre encadrement rigoureux, pour toutes les capacités intellectuelles dont vous vous êtes doté et pour votre sens managérial, Nos hommages.
- M. DJIBRIL MAMA Issa Directeur du CHD/B, pour votre disponibilité et le matériel mis à ma disposition.
- M. HOUSSOU M. Félix, notre directeur de stage pour toute votre pleine disponibilité à suivre et à conduire ce travail.
- M. LOKOSSOU Adrien ex Directeur du CHD/B pour votre disponibilité et les conseils.
- Nous remercions le Projet d'Appui au Développement du système de Santé (PADS), pour la bourse qu'il nous a octroyé.
- M GOUNFLE Darius pour toute votre collaboration et vos conseils durant toutes mes formations.
- Tous nos enseignants et l'administration de l'ENAM, pour les cours, les recommandations et le management de l'école.
- Dr ALLODE chef service adjoint de la chirurgie, vise doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Parakou, Dr AGOSSOU chef service de la pédiatrie pour vos conseils.
- M. GBOLIN Basile chef personnel du CHD/B, M. le C/SAF du CHD/B, M CONDE Abdoulaye chef division statistique, tous les surveillants de tous les pavillons.
- A tout le personnel du CHD/B
- Toutes les personnes ressources que nous avons consultées afin d'avoir des informations et orientations dans le cadre de la réalisation de ce travail ;
- Mlle SINATOKO Alvine, pour votre collaboration.
- M.TOPANOU Patric et à tout ceux qui ont contribués de près ou de loin à ce travail.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

BAD :	Banque Africaine de Développement
CA :	Conseil d'Administration
CAME :	Central d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables médicaux
CHD-B :	Centre Hospitalier Départemental du Borgou
C.H.S. :	Commission d'Hygiène et de Sécurité
CMC :	Commission Médicale Consultative
CO.DIR :	Comité de Direction
CAS :	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC :	Centre de Santé de Commune
DDS/B :	Direction Départementale de la Santé du Borgou
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondial de la Santé
ONG :	Organisations Non Gouvernementales
ORL :	Oto Rhino Laryngologie
PADS :	Programme d'Appui au développement des Systèmes de Santé
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire.
SAAE :	Service des Affaires Administratives et Economiques
SAF :	Service des Affaires Financières
SIGFIP :	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
UVS :	Unités Villageoises de Santé.

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u> : Répartition du personnel par statut au 12/11/2009-----	10
<u>Tableau 2</u> : Répartition du personnel par qualification au 12/11/2009-----	12
<u>Tableau 3</u> : Evolution du taux de recouvrement des créances du CHD-B entre 2006 et 2008 -----	20
<u>Tableau 4</u> : Regroupement des problèmes par centres d'intérêt-----	27
<u>Tableau 5</u> : Synthèse des approches théoriques de résolution de la Problématique-----	31
<u>Tableau 6</u> : indicateur des activités de consultation et d'hospitalisation exercice 2006, 2007 et 2008-----	37
<u>Tableau 7</u> : Tableau de bord de l'étude-----	39
<u>Tableau 8</u> : Evolution des prévisions et des réalisations d'achat de médicaments au CHD-B entre 2006 et 2008-----	49
<u>Tableau 9</u> : synthèse de la méthode d'étude-----	50
<u>Tableau 10</u> : Norme des Effectifs du personnel minimum des CHD, CHU comparé aux Effectifs du CHD/B (au 12/11/2009) -----	52

LISTE DES FIGURES

	<u>Pages</u>
<u>Figure 1</u> : Répartition du personnel par statut au 12/11/2009-----	11
<u>Figure 2</u> : Répartition du personnel par qualification au 12/11/2009-----	12
<u>Figure 3</u> : Norme des Effectifs du personnel minimum des CHD, CHU comparé aux Effectifs du CHD/B (au 12/11/2009) -----	54

GLOSSAIRE

Qualité des soins : Niveau auquel parviennent les organisations de santé en termes d'augmentation de la probabilité des résultats souhaités pour les individus et les populations et comptabilité avec l'état des connaissances actuelles.

Plateau technique : Ce terme désigne tout instrument, appareil, dispositif, matériel ou autre article, utilisé seul ou en combinaison, incluant le logiciel nécessaire pour son application convenable, prescrit par le fabricant pour être utilisé par les êtres humains à des fins de diagnostic, de prévention, de suivi, de traitement ou de soulagement de maladie, d'examen ou de contrôle. Cette définition est aussi valable pour désigner les équipements médicaux techniques.

Maintenance : Ensemble des opérations permettant de rétablir un système, un matériel, un appareil, dans un état donné ou de restituer des caractéristiques de fonctionnement spécifiées.

Ressources matérielles : Ensemble d'instruments, d'appareil, de dispositif de tous genres utilisés par les agents de l'établissement pour atteindre les objectifs.

Ressources financières : Ensemble des moyens financiers permettant de procurer des fonds à un service ou à un établissement pour la couverture de ses charges et dépenses.

Ressources humaines : Ensemble des agents aussi bien permanents, temporaires, qu'occasionnels utilisés par l'établissement pour réaliser ses objectifs.

Efficience : Capacité à produire le maximum de résultats avec le minimum de moyens. La relation ici n'est plus entre attente et résultat mais entre résultat et ressources mises en œuvre pour l'obtenir.

Personnel qualifié : ensemble des agents ayant de haut niveau d'étude professionnel.

Produits pharmaceutiques : Ensemble constitué de médicaments et de consommables médicaux utilisés pour les soins en vue d'un traitement, d'une pathologie ou d'une affection.

RESUME

Des résultats issus de l'évaluation à mi-parcours du document de politique et stratégies de développement du secteur de la santé et de l'analyse de la situation sanitaire en prélude à l'élaboration du premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), il ressort que malgré tous les moyens mis en œuvre au cours des dix (10) dernières années pour améliorer l'état de santé des populations, la situation du Bénin reste préoccupante. Les acteurs et les bénéficiaires des prestations se plaignent. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement mettent l'accent sur le bien être social constitué entre autre du système éducatif efficace et performant, des soins de santé de qualité .

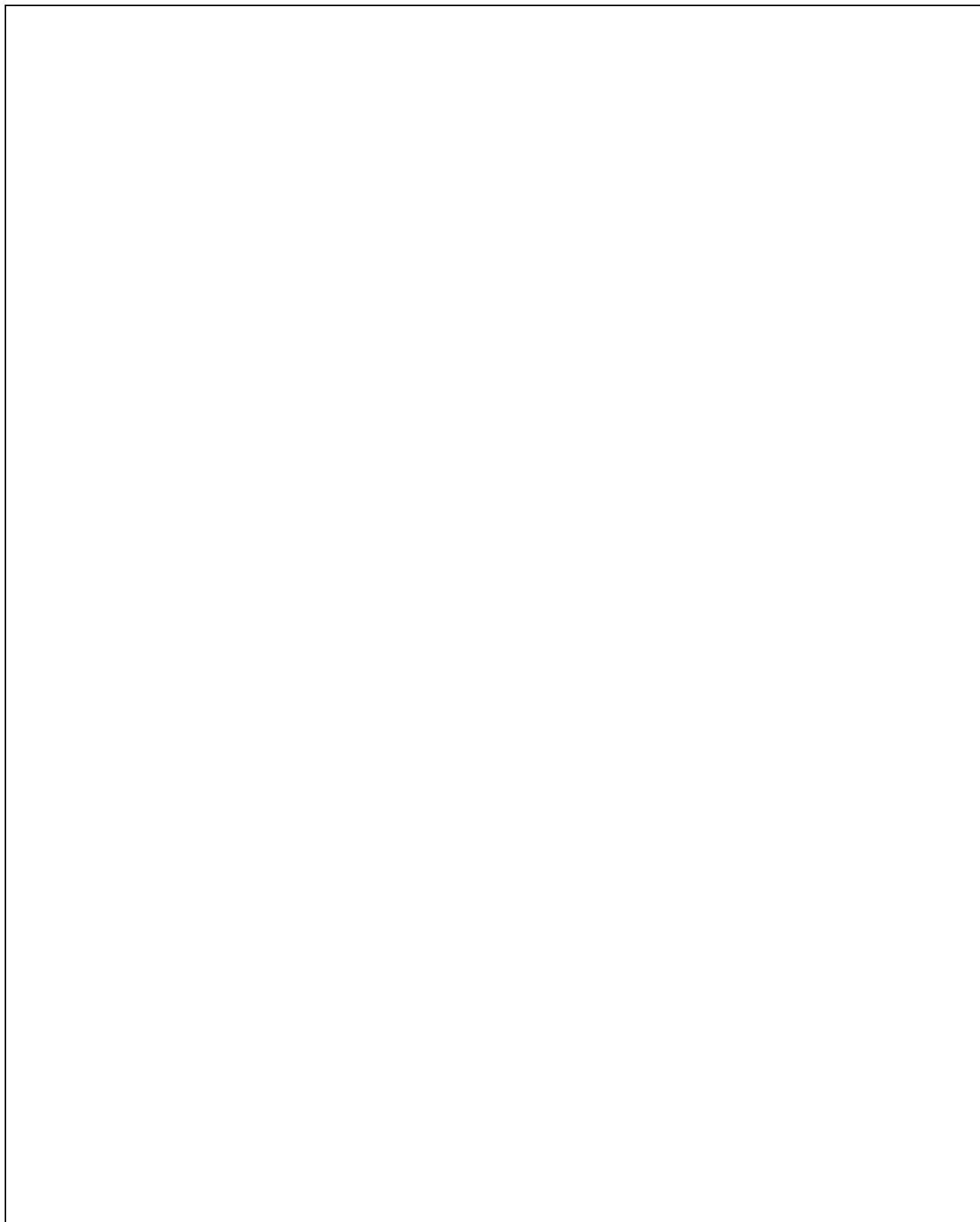
C'est cette situation qui nous a conduit à réfléchir sur le thème «**Approche pour une amélioration des conditions de prise en charge des patients au CHD/B** ». Les objectifs spécifiques de cette étude sont :

- envisager des solutions de réapprovisionnement en vue de réduction Insuffisance de médicaments utilisés dans les cas urgents ;
- proposer des mesures d'atténuation de la faiblesse de la performance du plateau technique du CHD-B ;
- proposer une amélioration des conditions d'hospitalisation des patients au CHD-B ;
- proposer des mesures d'adéquation entre les descriptions de poste, la continuité des prestations médicales et l'insuffisance du personnel qualifié dans les services du CHD-B

Face à ces objectifs que nous avons défini, des hypothèses ont été formulées à partir des causes les plus plausibles ce sont :

- l'insuffisance de médicaments urgents au CHB-B s'explique par l'insuffisance des moyens financiers pour le réapprovisionnement des stocks ;
- l'insuffisance et la faible performance du plateau technique se justifie par l'absence d'une politique de perfectionnement du celui-ci ;
- le nombre de patients est à la base des conditions d'hospitalisation non qualitatives des patients au CHD-B ;
- l'insuffisance du personnel qualifié est à la base de la discontinuité de prestations médicales au CHD- B.
- Au terme des enquêtes menées, les diagnostics établis confirment les hypothèses formulées. Nous avons alors proposé les actions à mener pour une meilleure prise en charge des patients au CHD-Borgou. Pour finir, nous avons fait quelques recommandations à l'endroit de ce Centre, à l'endroit de la Direction Départementale de la Santé Borgou du puis du Ministère de la Santé.

Introduction.....	2
<u>Chapitre préliminaire</u> : Des observations de stage au ciblage de la problématique.....	4
<u>Section 1</u> : Cadre institutionnel de l'étude : le centre hospitalier départemental du Borgou.....	5
Paragraphe 1 : Présentation du CHD-B.....	5
Paragraphe 2 : Les ressources du CHD-B.....	10
<u>Section 2</u> : Cadre physique de l'étude et ciblage de la problématique.	14
Paragraphe 1 : fonctionnement des services du CHD/B	14
Paragraphe 2 : Ciblage de la problématique	25
<u>Chapitre premier</u> : Cadre théorique de l'étude, méthodologie de l'étude et approches de solutions.....	32
<u>Section 1</u> : cadre théorique et revue de littérature.....	33
Paragraphe 1 : cadre théorique de l'étude : objectifs, hypothèses.....	33
Paragraphe 2 : Revue de littérature.....	35
<u>Section 2</u> : Méthodologie de l'étude.....	40
<u>Chapitre deuxième</u> ; Approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre.....	47
<u>Section 1</u> : Approches de solutions.....	48
Paragraphe 1 : Méthodologie de l'étude et réalisation de l'enquête	48
Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic ...	58
<u>Section 2</u> : conditions de leur mise en œuvre.....	59
Paragraphe 1 : Approches de solutions.....	59
Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions.....	62
Conclusion.....	65
Bibliographie.....	67
Annexes	
Table des matières	



Introduction -----	1
Chapitre préliminaire : Des observations de stage au ciblage de la problématique-----	4
Section 1 : Cadre institutionnel de l'étude : le Centre Hospitalier Départemental Borgou-----	5
Paragraphe 1 : Présentation du CHD-B-----	5
I-Historique et Mission du CHD/B-----	5
A-Historique-----	5
B- Mission-----	6
II- Organisation du CHD-B-----	6
A- Les services du CHD-B-----	6
B- Les organes décisionnels, consultatifs et de contrôle de gestion-----	9
Paragraphe 2 : les Ressources du CHD-B-----	10
I/ Les Ressources Humaines-----	10
A/ Typologie du personnel selon leur statut -----	10
B- Typologie du personnel selon la qualification-----	11
II- Les Ressources Financières et Matérielles -----	12
A- Les Ressources Financières -----	12
B- Les Ressources Matérielles-----	13
Section 2 : Cadre Physique de l'Etude et Ciblage de la Problématique-----	14
Paragraphe 1 : Fonctionnement des Services du CHD/B-----	14
I- Les Services Administratifs : Organisation et Fonctionnement -----	15
A- Le Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE) et La Cellule de Communication -----	15
B- Le Service des Affaires Financières (SAF) et la surveillance générale --	20
II/ Organisation des Services Medico-Techniques-----	21
A- Organisation des services médicaux -----	21
B- Fonctionnement des services médicaux -----	22
Paragraphe 2 : Ciblage de la Problématique -----	25

I/ Inventaire des éléments de l'état des lieux et choix de la problématique	25
A- Inventaire des éléments de l'état des lieux	25
B- Choix de la problématique	27
II/ Spécification et vision globale de résolution de la problématique choisie	29
A- Spécification de la problématique	29
B- Vision globale de résolution de la problématique	29
Chapitre premier : Cadre théorique de l'étude, et Revue de Littérature	32
Section 1 : cadre théorique : Objectifs et Hypothèses	33
Paragraphe 1 : Objectifs de l'étude	33
I/ Objectifs de développement et objectifs de recherche	33
II / Les résultats attendus	34
Paragraphe 2 : Hypothèses et Tableau de Bord de l'Etude	35
I / Hypothèses de l'étude	35
II / Tableau de bord de l'étude	38
Section 2: Revue de Littérature	40
Paragraphe 1- Contributions antérieures sur le Problème général de l'étude	
I/ Insuffisance des ressources	40
II/ Gestion rationnelle des ressources	41
Paragraphe 2 - contributions antérieures sur les problèmes spécifiques de l'étude	42
I - Contributions antérieures sur les problèmes spécifiques n°1 et n°2 de l'étude	42
II -Contributions antérieures sur les problèmes spécifiques n°3 et n°4	44
Chapitre deuxième ; Méthodologie de l'étude et Approches de solutions	47
Section 1: Méthodologie de l'étude	48
Paragraphe 1 : Méthodologie de l'étude et réalisation de l'enquête	48
I / Méthodologie de l'étude	48

II / Réalisation des entretiens-----	54
Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic--	58
I/ Vérification des données -----	58
II/ Etablissement du diagnostic-----	59
Section 2: Approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre-----	59
Paragraphe 1 : Approches de solutions-----	59
I/ Approches de solution aux problèmes spécifiques N°1 et N°2 -----	60
II/ Approches de solutions aux problèmes spécifiques N°3 et N°4-----	61
Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des Solutions-----	62
I/ Suggestions à l'endroit de la direction du CHB-B et de la DDS/B -----	62
II/ Suggestions à l'endroit du Ministère de la Santé-----	63
Conclusion -----	65
Bibliographie-----	67
Annexes	
Table des matières	

Le développement d'une société passe par le plein épanouissement de la personne humaine dans toutes ses dimensions. La dimension qui constitue le socle de ce développement est la santé de la population. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé peut être définie comme « l'état de complet bien être physique, mental et social de l'individu. Elle ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». En tant que facteur fondamental et indispensable à tout pays pour son développement, la santé constitue dès lors une priorité pour chaque gouvernement. C'est dans cette logique que le Bénin a mis en place un système sanitaire national qui vise entre autres, l'amélioration de la couverture sanitaire, du plateau technique et de l'accessibilité des populations aux soins de santé.

Tout système sanitaire gère la santé des populations, dans les domaines ci-après : soins curatifs, préventifs, promotionnels et réadaptatifs. Au Bénin, l'architecture générale du système sanitaire est de forme pyramidale à trois niveaux. A chaque niveau correspond une structure administrative et une structure de soins.

- Au niveau central ou national, correspondent le Ministère de la Santé et le CNHU-HKM ;
- Au niveau intermédiaire ou départemental, correspondent la Direction Départementale de la Santé (DDS) et le CHD ;
- Au niveau périphérique correspondent la Zone Sanitaire, les Hôpitaux de Zone, CSC, CSA et UVS.

A tous ces niveaux de la pyramide sanitaire, il existe donc des formations sanitaires de tailles variées au nombre desquelles, il faut citer les Centres Hospitaliers Départementaux. Placés au niveau départemental, ces centres offrent aux populations des soins de santé de deuxième référence. Il existe à ce jour au Bénin, cinq Centres Hospitaliers Départementaux.

Parmi eux, il y a le Centre Hospitalier Départemental du Borgou (CHD-B) dont la mission première est de fournir des soins de qualité aux populations qui en ont besoin. L'octroi de ces soins suppose l'existence des conditions matérielles, financières, humaines, organisationnelles et hygiéniques adéquates que l'ensemble des acteurs, à commencer par l'Etat, ne cessent de créer. Malgré d'importants efforts consentis, la prise en charge des usagers au CHD-B, demeure une préoccupation pour les autorités à divers niveaux ainsi que pour les populations utilisatrices, au point où les média en parlent (**le Matinal n°3149** du jeudi 23 juillet 2009 « le plus grand hôpital du Borgou n'offre malheureusement pas les meilleures conditions de traitement des patients »). Mais au CHD-Borgou cette prise en charge obéit-elle aux conditions requises en la matière ?

C'est pour apporter notre part de réponse à cette interrogation que nous avons réfléchi sur le thème « **Approches pour une amélioration des conditions de prise en charge des patients au CHD-B** ».

Pour mener à bien cette étude, notre travail se présentera en trois chapitres dont le chapitre préliminaire. Le chapitre préliminaire abordera les observations de stage et le ciblage de la problématique, dans le premier chapitre, il sera question de présenter le cadre théorique et méthodologique, puis les approches de solutions et leur mise en œuvre pour l'amélioration du système seront consacrés au deuxième chapitre.



CHAPITRE PRÉLIMINAIRE
DES OBSERVATIONS DE STAGE
AU
CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE

Dans ce chapitre, nous présenterons les observations de stage à travers le cadre institutionnel et physique de notre étude, puis le ciblage de la problématique.

SECTION 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE : **LE CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL BORGOU**

Cette section sera consacrée à la présentation générale du Centre Hospitalier Départemental du Borgou (CHD-B) qui nous a servi de cadre pour notre étude.

PARAGRAPHE 1 : PRESENTATION DU CHD-Borgou.

La présentation du CHD-B s'effectuera à travers son historique, sa mission et son organisation.

I- HISTORIQUE ET MISSION DU CHD/B

A- Historique

La structure qui nous a accueilli pour nos recherches a été créée en 1959, sous le statut de « Poste d'Assistance Médicale de la Circonscription de Parakou », par arrêté N°10/MSP/DST2 du 19 janvier 1959, portant création de l'ambulance territoriale. Ce poste, comme les structures de son rang, a connu des mutations de statut. Ainsi, du poste d'assistance médicale, il est devenu successivement « Hôpital de Parakou » puis « Centre Hospitalier Provincial du Borgou » en 1985.

Depuis 1990, cette structure est devenue « Centre Hospitalier Départemental du Borgou (CHD-B) » par le décret N°90-347 du 14 Novembre 1990, portant statuts des Centres Hospitaliers Départementaux et Formations Sanitaires Assimilées.

Le Centre Hospitalier Départemental du Borgou communément appelé CHD-Borgou (CHD-B) est l'hôpital de deuxième référence dans le Département du Borgou, en matière de soins de santé. Avec l'avènement de la Faculté des Sciences de la Santé de Parakou, le CHD-B fait partie de l'espace Hospitalo-universitaire du Bénin.

B- Mission

Eu égard à son appartenance à l'espace hospitalo-universitaire, une mission à trois dimensions est assignée au CHD-B:

- donner des soins de santé de qualité ;
- former le personnel qualifié compétent et compétitif ;
- servir de cadre pour la recherche.

La mise en œuvre de cette mission du CHD-B interpelle une variété d'acteurs dont le Ministre de la santé par le biais du conseil d'administration le Directeur de l'hôpital, les cadres du secteur de la santé, les étudiants en médecine, les professeurs d'université, les partenaires au développement et les usagers du centre.

II- ORGANISATION DU CHD-B

Aux termes du décret 90-347 du 14 Novembre 1990, portant statuts des Centres Hospitaliers Départementaux et Formations Sanitaires Assimilées, le CHD-B dispose de plusieurs services et organes.

A- Les services du CHD-B

Il s'agit des services administratifs et des services médico-techniques :

➤ Les services administratifs : ils sont au nombre de deux.

- Le Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE) qui s'occupe de la gestion du personnel et de la gestion des affaires administratives et économiques.

- Le Service des Affaires Financières (SAF) qui élabore le budget, le bilan et les états financiers. Il s'occupe aussi du recouvrement des créances, du paiement des dépenses et de la comptabilité générale et analytique du CHD /B

➤ Les services médico-techniques : ils comprennent :

_ Le Service de Médecine, organisé en unités de consultation médicale, d'hospitalisation et d'exploration diagnostique (ECG...Etc.) La médecine reçoit les malades de plus de quinze ans et utilise 30 agents.

_ Le Service des Urgences, d'Anesthésie et Réanimation : C'est un service subdivisé en quatre unités qui sont : l'unité des urgences, l'unité de la réanimation chirurgicale, l'unité de la réanimation médicale et l'unité d'anesthésie. Le personnel de ce service est au nombre de 38, toutes catégories confondues

_ Le Service de Gynécologie et d'Obstétrique ou service de maternité est normalement un service de référence de deuxième niveau au CHD B, il fonctionne aussi comme un service de référence de premier niveau. Il comporte huit secteurs qui sont : l'hospitalisation, les urgences, la salle d'accouchement, les consultations prénatale et gynécologique, la vaccination et les pansements, le planning familial, le bloc opératoire et la réanimation. Le personnel au nombre de 69.

_ Le Service de Pédiatrie reçoit les enfants de zéro à quinze ans. Il est organisé en quatre unités qui sont : l'unité des urgences, l'unité des soins intensifs, l'unité d'hospitalisation et l'unité de néonatalogie. Le personnel de la Pédiatrie est au nombre de 47.

_ Le Service de Chirurgie, composé de trois unités à savoir : l'unité de consultation, l'unité d'hospitalisation, l'unité du bloc opératoire, est animé par 33 Agents.

Ces cinq services médicaux auxquels nous nous intéresserons dans cette étude, sont animés par deux cents dix sept (217) agents médicaux et paramédicaux dont douze (12) médecins. Les autres services se partagent vingt huit agents médicaux et paramédicaux restants dont onze (11) médecins sur les **23** que compte le CHD.

- Le Service de Kinésithérapie et d'Appareillage Orthopédique font des rééducations médicales basées sur les massages, les mouvements et la gymnastique médicale ; des appareillages orthopédiques sont utilisés à cet effet.

- Le Service de Psychiatrie n'est pas assez fréquenté parce que la notion de santé mentale est peu connue par la communauté. Les patients reçus relèvent pour la plus part des urgences psychiatriques constitués souvent de troubles mentaux, troubles d'humeur et des troubles émotionnels.

- Le Service d'Oto-rhino-laryngologie, Ce service est peu fréquenté et dispose d'un faible plateau technique.

- Le Service de Stomatologie, traite toutes les maladies bucco-dentaires.

- Le Service d'Ophthalmologie, il est composé d'une salle d'accueil, d'une salle de consultation et d'un bloc opératoire. Ce service s'occupe du traitement des affections oculaires.

- Le Service de Pharmacie et Laboratoire, dont la composante laboratoire est subdivisé en section d'hématologie, en section de biochimie et sérologie et en section de bactériologie et parasitologie. C'est un service d'exploration diagnostique biologique. La composante pharmacie quant à elle, s'occupe de la gestion des médicaments c'est-à-dire l'approvisionnement, le conditionnement et la cession des médicaments puis des matériels et consommables médicaux.

- Le Service d'Hémodialyse prend en charge les patients qui présentent des insuffisances rénales.

-Le service social, les activités Le service de radiologie exploration diagnostique de la structure osseuse. Ce service, s'occupe des anomalies et transformations qui surviennent au niveau des os de ce service se résument aux consultations sociales, aux enquêtes sociales, aux démarches dans la prise en charge des indigents et aux liaisons entre le CHD-B et le centre de promotion sociale de Parakou, puis le CHD-B et le service social du CNHU-Hubert Koutoukou-MAGA de Cotonou.

B- Les organes décisionnels, consultatifs et de contrôle de gestion

❖ Organe de décision Le Conseil d'Administration (C.A.) :

Le conseil d'Administration est un organe de décision. A ce titre, il est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toute circonstance au nom du centre, dans la limite de l'objet social. Il se réunit deux fois par an en session ordinaire. Une fois, pour étudier et approuver le budget de l'exercice à venir. Une deuxième fois pour examiner et analyser les états financiers et les rapports d'activités de l'exercice écoulé. Il délègue une partie de ses pouvoirs au Directeur qui doit lui rendre compte de sa gestion.

❖ Organes consultatifs Ils sont au nombre de quatre :

➤ **Le Comité de Direction (CO.DIR.) :** est un organe consultatif obligatoire examinant toutes les questions relatives : à l'organisation générale du travail, aux statuts du personnel, à l'élaboration du budget et à la politique générale de l'hôpital dans les services.

➤ **La Commission Médicale Consultative (C.M.C.) :** est un organe qui est consulté sur les principales affaires relatives aux activités médicales et paramédicales, à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux et médico-techniques.

➤ **La Commission d'Hygiène et de Sécurité (C.H.S.) :** est un organe technique de contrôle de gestion de l'hygiène des espaces et du respect de cette hygiène par les individus. Il veille à la salubrité et la sécurité des

personnes et de leurs biens, ainsi que celle du patrimoine du Centre. Il veille sur la survenue d'éventuels incendies, inondations et accidents de travail.

➤ **La Cellule de Contrôle de Gestion :** est un organe technique d'analyse des informations économiques, financières et statistiques aux fins d'améliorer la gestion de la formation sanitaire.

PARAGRAPHE 2 : LES RESSOURCES DU CHD-B

Il s'agit des ressources humaines, financières et matérielles.

I/ LES RESSOURCES HUMAINES

En matière de ressources humaines, le CHD-B dispose d'un personnel de 433 agents, à la date du 12 novembre 2009. Ce personnel est composé d'agents de statuts différents et de qualifications très diversifiées.

A/ Typologie du personnel selon leur statut

Suivant ce critère, nous avons :

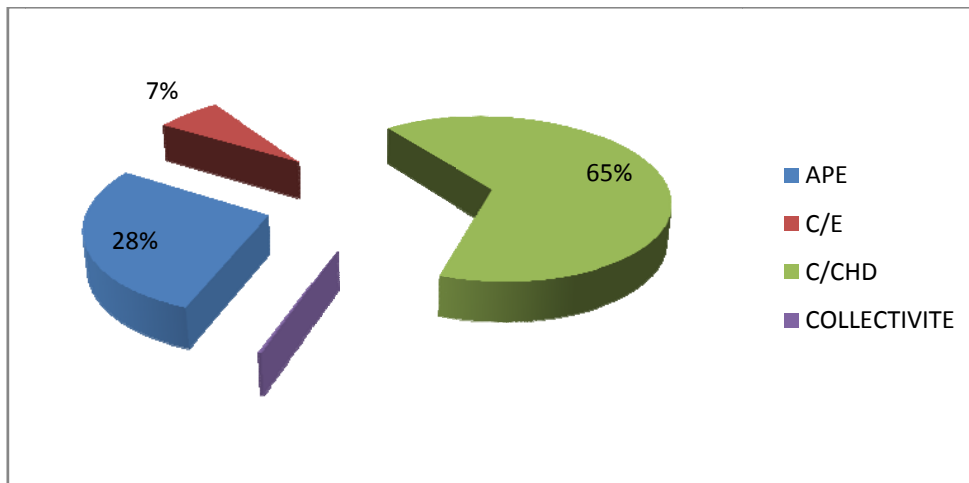
- les Agents Permanents de l'Etat (APE) et Contractuels de l'Etat (ACE) ;
- les agents recrutés sur « Fonds Mesures Sociales » émargent directement au budget national ;
- les agents contractuels et occasionnels recrutés par l'hôpital sur ses fonds propres ;
- les agents des collectivités locales qui émargent au budget de la Mairie de Parakou ;

La répartition selon leur statut est faite dans le tableau 1

Tableau 1 : Répartition du personnel par statut au 12/11/2009

STATUT	APE	C/E	C/CHD	COLLECTIVITE
NOMBRE	121	29	282	1
TOTAL	433			

Source : Service du personnel du CHD-B

Figure 1 : Proportion du personnel par statut au 12/11/2009

B- Typologie du personnel selon la qualification

Suivant la qualification, le personnel du CHD-B comprend :

1/ Personnel administratif :

- des cadres administratifs ;
- des agents administratifs de soutien.

2/ Personnel médico-technique :

- des professeurs agrégés ;
- des professeurs assistants ;
- des médecins spécialistes ;
- des médecins généralistes ;
- des techniciens supérieurs de laboratoire et de radiologie ;
- un nutritionniste ;
- des sages-femmes ;
- des infirmiers ;
- des agents d'entretien et de restauration ;
- des agents de maintenance ;
- etc.

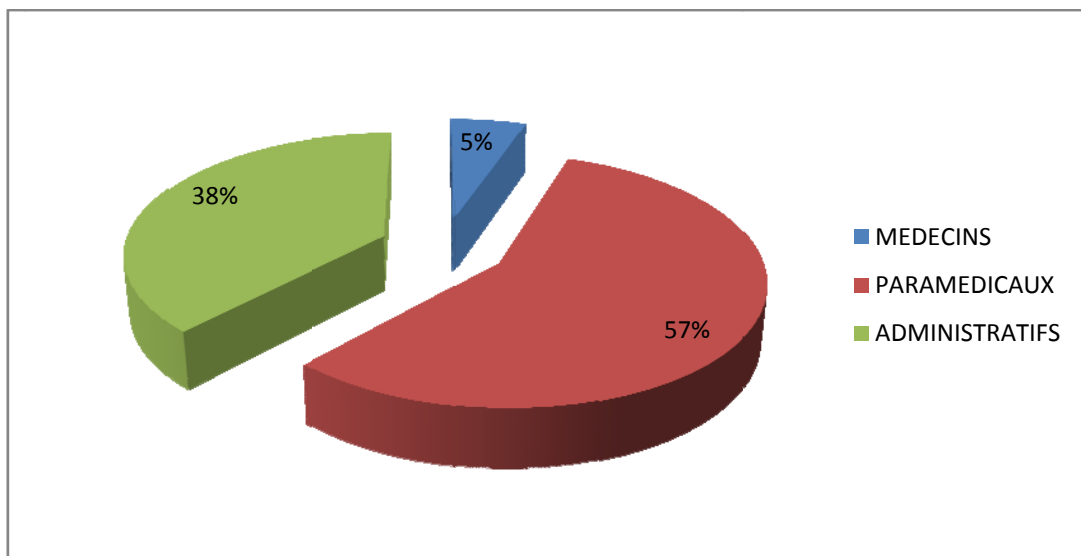
La répartition des agents de tout le CHD-BORGOU selon la qualification figure dans le tableau suivant.

Tableau 2 : Répartition du personnel du CHD/B. par qualification au 12/11/2009

QUALIFICATION	MEDECINS	PARAMEDICAUX	ADMINISTRATIFS ET AUTRES
NOMBRE	23	245	164
TOTAL	433		
Services d'hospitalisation de l'étude.	12	217	22

Source : Service du personnel du CHD-B

Figure 2 : Proportion du personnel par qualification, au 12/11/2009



II- LES RESSOURCE FINANCIERES ET MATERIELLES

A- Les ressources financières

Les ressources financières du CHD-B proviennent :

- des fonds propres de l'hôpital ;
- des subventions de l'Etat ;
- des apports des collectivités locales ;

- des appuis des partenaires au développement,
- et des appuis des Organisations Non Gouvernementales (ONG).

Le budget exercice 2009 s'élève à 1.662.038.500 (un milliard six cent soixante deux millions trente huit mille cinq cents francs CFA) et répartis comme suit :

- investissement 116.625.000 FCFA (cent seize millions six vingt cinq mille francs CFA)
- fonctionnement : 1.545.413.500FCFA (un milliard cinq cent quarante cinq millions quatre cent treize mille cinq cents)

(Source : Budget programme du CHD-B)

B- Les ressources matérielles

Pour son fonctionnement, le CHD-B dispose de plusieurs sortes de ressources matérielles ; lits, matériel roulant, matériels médico-techniques et autres:

➤ Les lits d'hospitalisation.

Le nombre de lits en bon état est de 193 au 31 Août 2009, répartis dans les six (6) services d'hospitalisation qui sont:

La Maternité, la Pédiatrie, la Chirurgie, les Urgences, Médecine, Psychiatrie.

➤ Le matériel roulant.

Le matériel roulant est composé de six(6) véhicules à quatre roues dont trois(3) fonctionnels, d'une ambulance et de cinq(5) engins à deux roues. Le financement de ce matériel provient du budget national et des donateurs tels que l'Ambassade d'Allemagne, la Société de téléphonie mobile MTN, l'UNICEF, les ONG....

Le CHD dispose aussi de divers matériels médico-techniques, de bureau et autres matériels. En ce qui concerne les bâtiments du CHD-B, certains ont

Approche pour une amélioration des conditions de prise en charge des patients au Centre Hospitalier Départemental du Borgou

été réhabilités et équipés par le projet Santé II BAD en 2000. Cette réhabilitation avait pris en compte les services médico-techniques. Il s'agit du bâtiment principal abritant les services de médecine, de chirurgie, de psychiatrie, de radiologie, de stomatologie, d'ophtalmologie, d'ORL, de laboratoire, et des bâtiments de la pédiatrie, de la maternité puis du SKAO et de néphrologie, de cuisine, de buanderie, de la morgue, d'atelier de montage, et de salle d'incinération.

(Source Rapport d'Inventaire Général des Immobilisations et Matériels Médico-Techniques CHD/B Année2008).

Pour mieux apprécier les conditions de prise en charge des patients au CHD-B, nous nous sommes intéressée au fonctionnement de ses services.

SECTION 2 : CADRE PHYSIQUE DE L'ETUDE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE

Le cadre physique de notre étude porte sur les services du CHD-B (voir l'organigramme en annexe1). Dans cette section, nous restituerons les observations faites sur l'organisation et le fonctionnement de ces services avant de cibler la problématique de notre étude.

PARAGRAPHE1 : FONCTIONNEMENT DE SERVICES DU CHD/B

Le Service des Affaires Administratives et Economiques, le Service des Affaires Financières et les services médico- techniques sont fonctionnels au CHD-B. Certains chefs de ces services sont nommés par arrêté du Ministre de la Santé et d'autres par le Directeur de l'hôpital. Ils sont les collaborateurs immédiats du Directeur à qui, ils doivent rendre régulièrement compte des activités des secteurs dont ils sont responsables.

I- LES SERVICES ADMINISTRATIFS : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

Il s'agit du Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE) et du Service des Affaires Financières (SAF).

A- Le Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE) et La Cellule de Communication

❖ Le Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE)

Ce service comprend:

- La Division Gestion Administrative et du Personnel : elle est composée de deux sections : la section du personnel et la section administrative.

- La section du personnel s'occupe de la carrière des agents et suit tous les mouvements du personnel. Elle tient à jour le dossier individuel de chaque agent et règle les contentieux du personnel. Elle élabore un plan de formation continue en collaboration avec les différents responsables. Elle s'occupe du recrutement du personnel et des activités dans le cadre de la motivation des travailleurs du Centre.

- La section administrative quant à elle, s'occupe de la gestion administrative. A ce titre, elle initie les projets de correspondances. Cette division supervise et contrôle sous la responsabilité du Chef SAAE, l'application des procédures légales et des règlements internes d'administration du personnel.

- La Division Gestion des Malades et Statistiques : elle comporte trois sections qui sont :

- la section facturation s'occupe de l'établissement des factures constatant les droits acquis du CHD/B vis-à-vis des particuliers, des sociétés et de l'Etat. Elle élabore les statistiques des créances du Centre en vue d'orienter les décisions de gestion financière et de recouvrement.

- la section gestion des malades s'occupe des entrées et sorties de malades dans tous les secteurs d'hospitalisation ainsi que de délivrer certains actes et renseignements dont les patients ont besoins.

- la section statistiques et archives enregistre les divers actes des blocs. centralise les rapports d'activités des différents secteurs médico-techniques ; compile les supports des données statistiques les services et élabore tous les rapports d'activités et statistiques du centre.

Au CHD-B, chaque patient dispose d'un dossier médical qui comporte toutes les informations relatives à l'évolution de son état de santé. Ces dossiers sont conservés à l'hôpital qui s'y réfère à chaque consultation. Les conditions d'archivage des dossiers ne sont pas très reluisantes et il est souvent difficile de retrouver les dossiers des patients. Nous avons constaté à ce niveau, **l'inexistence d'un cadre adéquat d'archivage des dossiers des malades.**

- L'économat : il s'occupe de l'approvisionnement et de la gestion des ressources matérielles destinées aux services médicaux. Les activités réalisées par cette division sont : la tenue des régies d'avance, le suivi de l'exécution des dépenses, et la comptabilité matière de tous les stocks. Nous avons remarqué qu'en dehors des difficultés à varier les mets, **la restauration des malades est acceptable.**

Par ailleurs, nous avons participé à l'exécution des tâches liées à la distribution des produits du magasin. Les produits concernés sont entre autres, les vivres, les produits d'entretien, les fournitures de bureau, les pièces détachées, les matériels d'électricité, de plomberie et divers articles.

- La Division Maintenance et Entretien : elle est essentiellement chargée de la maintenance préventive et de l'entretien périodique des appareils et

autres matériels du Centre. Cette division compte trois sections à savoir : la menuiserie, la maintenance biomédicale et l'énergie électrique.

Au cours de notre stage, nous avons participé aux activités du SAAE. Ainsi, nous avons assisté les agents chargés de la gestion administrative et du personnel dans la délivrance des prises en charges médicales. Ces prises en charge permettent aux agents du CHD/B de bénéficier des consultations, des soins et prestations diverses offerts par l'hôpital. Il s'agit là d'une des conditions favorables de prise en charge du personnel en vue de le motiver. **La motivation du personnel est réalisée de diverses manières**, même si depuis quelques années les sanctions positives n'ont plus été faites aux agents méritants.

A l'économat, nous avons assisté aux tâches relatives à l'exécution des dépenses. L'expression des besoins par les services bénéficiaires dans un cahier de bons adressé au Chef du SAAE (C/SAAE) ;

La procédure d'exécution des dépenses varie selon l'origine des ressources.

➤ *Lorsqu'il s'agit des fonds propres de l'hôpital*, deux procédures sont utilisées : la procédure normale et la procédure exceptionnelle.

- *La procédure normale* passe par quatre étapes regroupées en deux phases : une phase administrative des dépenses et une phase comptable.

- ~ La phase administrative

L'engagement des dépenses, est l'acte initial de la procédure d'exécution de dépenses publiques. Il est la décision prise par l'autorité qui a qualité, de prélever une partie des crédits budgétaires en accomplissant un acte qui entraîne une dette à la charge de l'Etat. L'engagement a un aspect juridique et un aspect comptable.

La liquidation : elle a pour but de vérifier la réalité de la dette et d'arrêter le montant exact de la dépense. La liquidation proprement dite passe par la constatation du service fait.

Le mandatement : le mandat de paiement de la dépense est établi par le chef division de l'économat avec la mention de toutes les références des pièces justificatives de la dépense qui sont : la facture, le bordereau de livraison, le bon de commande et le procès verbal de réception.

~ La phase comptable :

Elle a un aspect juridique qui résulte de l'engagement juridique et un aspect purement comptable.

Le paiement Juridique, le Chef du Service des Affaires Financières (C/SAF) vérifie l'exactitude des montants des pièces comptables et la régularité de l'opération puis procède au paiement du fournisseur par chèque.

Cette procédure normale s'applique aussi bien aux dépenses exécutées sur les fonds propres qu'à celles des crédits du Budget National.

Le paiement comptable, A cette étape interviennent aussi le délégué du contrôleur financier et l'ordonnateur secondaire (le Préfet).

Paiement Comptable ; Il a lieu au niveau du Receveur des finances.

Avant tout engagement de dépense, nous avons remarqué le **respect rigoureux des critères de sélection des fournisseurs**. Nous avons aussi remarqué **la vérification rigoureuse de la disponibilité des crédits**.

- *La procédure exceptionnelle* d'exécution des dépenses est observée dans les dépenses urgentes. Elle passe tantôt, par la caisse de menus dépenses pour les dépenses courantes dont la valeur n'excède pas 20.000 FCFA et ne tient pas compte des procédures sus-énumérées. Ces genres de dépenses se justifient après par les pièces suivantes : l'expression du besoin et la facture d'achat. La procédure peut aussi passer par la caisse de régie. Le besoin étant urgent, juste après son expression, on fait recourt au fournisseur reconnu pour la vente du produit demandé, puis ce dernier vient livrer les articles demandés. Par la suite, on procède à la régularisation avec les pièces de la procédure normale citées ci-dessus. Le C/SAAE assure la régularité des

dépenses dans la caisse de régie d'avance, le C/SAF contrôle et réapprovisionne la caisse.

➤ *Lorsqu'il s'agit des subventions de l'Etat*, les dépenses s'effectuent par la procédure normale des dépenses publiques qui comporte quatre phases.

- L'engagement de la dépense : pour engager une dépense, trois fournisseurs déjà agréés par le CHD-B sont mis en concurrence et un seul est retenu selon les critères de prix et de qualité des articles proposés sur la base de factures pro forma ou de devis. Le C/SAAE le notifie au chef division de l'économat qui vérifie la disponibilité de crédit sur la ligne budgétaire concernée. Après le dépouillement des offres par le comité ad hoc, tout le dossier est envoyé à l'ordonnateur secondaire, le préfet qui entérine le choix et procède par un agent de saisi, à l'établissement du bon de commande dans le Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP). La réception des articles commandés se fait en présence des membres du comité de réception du CHD, des représentants du préfet et du Délégué du Contrôleur Financier avant leurs entrées en stocks dans le magasin. Ensuite, interviennent les phases de liquidation, de mandatement et de paiement par le Trésor Public, après le contrôle de la régularité des pièces justificatives des dépenses.

La liquidation, le mandatement et le paiement : Ces phases se déroulent comme décrites dans la procédure d'exécution des dépenses sur les fonds propres de l'hôpital.

❖ La Cellule de Communication

Cette cellule est une nouvelle création, qui s'occupe de la communication pour un changement de comportement en faveur des malades et du personnel à l'intérieur du CHD.

B- Le Service des Affaires Financières (SAF) et la surveillance générale**❖ Le Service des Affaires Financières**

Il comporte trois divisions :

- la division Budget et Comptabilité ;
- la division Régie des recettes, recouvrement des créances et suivi des opérations bancaires ;
- la division Gestion informatique.

L'un des rôles du SAF est de recouvrer les créances du CHD-B pour pouvoir payer les dettes des fournisseurs et les salaires et accessoires des agents. Il doit mettre tout en œuvre pour budgétiser toutes les activités du CHD/B et recouvrer ses créances afin d'accroître les recettes car les charges ne cessent de croître. Le recouvrement des créances de prestations des trois dernières années est présenté dans le tableau ci-après :

Tableau 3 : Evolution du taux de recouvrement des créances du CHD/B entre 2006 et 2008

CREANCES ANNEE	TOTAL CREANCES	CREANCES RECOUVREES	TAUX DE RECOUVREMENT
2006	150 693 857 F	139 517 005F	92,58%
2007	283 968 054 F	196 740 542 F	69,28%
2008	243 946 915 F	138 858 200 F	56,92%

Source : Comptes Administratifs Exercices 2006, 2007 et 2008

Les informations contenues dans le tableau ci-dessus montrent que le taux de recouvrement des créances du CHD/B a baissé au cours de ces trois dernières années. Il est passé de 92,58% en 2006 à 69,28% en 2007 avant de tomber à 56,92% en 2009.

Un faible taux de recouvrement des créances, réduisant les capacités de refinancement des stocks de médicaments et autres investissements. Ainsi les ressources financières du Centre sont affaiblies. Cette situation met, par moment, le Centre en état de cessation de paiement vis-à-vis des fournisseurs, d'autant plus que les charges salariales sont énormes (65% des agents sont contractuels du CHD/B) et incompressibles.

❖ **La Surveillance Générale**

Elle assure la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur du CHD/B.

II/ ORGANISATION DES SERVICES MEDICO-TECHNIQUES.

A/ Organisation des services médicaux

Les services médicaux assurent la prise en charge médicale des patients. Chaque service médical comporte principalement trois unités fonctionnelles : unité de consultation, une unité de soins et une unité d'hospitalisation. Pour ce travail, nous porterons notre attention sur les services qui hospitalisent assez de malades.

Au cours de notre stage, nous avons aussi effectué un bref passage à la pharmacie de l'hôpital. A ce niveau nous avons constaté des **ruptures fréquentes des stocks de produits pharmaceutiques et consommables médicaux** indispensables pour la prise en charge urgente des malades. Cette situation explique le retard observé dans l'administration des soins. L'approvisionnement en médicaments et autres produits de la pharmacie, respecte une procédure qui ne facilite pas le renouvellement suffisant des stocks épuisés ; en effet, elle est faite selon la disponibilité des fonds. Le **réapprovisionnement des produits pharmaceutiques et consommables médicaux est insuffisant et** ne couvre pas les quantités demandées. Cet état de chose ne contribue pas à la prise en charge qualitative des patients.

Les unités de soins sont dotées d'un personnel qui travaille suivant un système de permanence et de garde. La durée des gardes est de 24 heures, de 12 heures ou de 10 heures selon les services. Quant à la permanence, elle est prévue de 8 heures à 16 heures. Ce système constitue une **disposition favorable pour garantir la continuité des soins de qualité** au CHD-B.

Mais, le personnel qualifié est souvent physiquement absent à partir d'une certaine heure de la journée. Nous avons constaté une absence systématique du personnel qualifié, tous les après-midis et remplacé de fait par les apprenants qui prennent les initiatives dans la prise en charge des malades. Dans cette situation, c'est ces apprenants qu'on voit auprès des patients. Théoriquement, c'est sous la responsabilité de leurs enseignants qui ne sont pas présents pour superviser. Ces enseignants laissent des consignes aux apprenants tout en leur recommandant de faire appel à un spécialiste en cas de difficultés, en se servant du véhicule de permanence. Ces consignes sont souvent respectées timidement. On conclut **l'insuffisance dans l'organisation des services médico-technique et l'absence de rigueur de la direction du centre**. Toutefois, la situation est bien meilleure à la maternité, du fait de la présence des médecins en spécialisation de gynéco-obstétrique. **L'insuffisance du personnel qualifié dans tous les services** est palliée par la présence des médecins en spécialisation (gynécologie et obstétrique), au niveau de la maternité.

B/ Fonctionnement des services médicaux.

Les différentes catégories de personnel soignant se distinguent par leur tenue vestimentaire. La tenue diffère par la couleur et parfois par le modèle. Cependant, nous remarquons que certains agents ne respectent pas la tenue qui leur est imposée. Il s'agit surtout des agents d'entretien qui portent des blouses vertes au lieu des blouses bleues. Le **non respect des normes vestimentaires par certains agents** constitue une menace pour

l'identification de ces agents et pour le bon fonctionnement de l'hôpital ; car certains usagers du Centre peuvent les confondre.

Pour un meilleur suivi des malades hospitalisés, pour une remise à niveau des connaissances du personnel soignant et pour une meilleure communication, le staff est pédagogique et nécessaire; mais il est nuisible si les membres en font objet de bavardage. Il est organisé quotidiennement des staffs. Pendant ce staff, les patients sont obligés d'attendre longtemps avant d'être pris en charge. Cette situation crée un **retard dans la prise en charge des patients dans certains services**.

La prise en charge des patients nécessite des moyens. Les médicaments et une partie des consommables médicaux de première nécessité sont cédés à la pharmacie. Il s'agit surtout des médicaments utilisés dans la gestion des urgences et des hospitalisés. Ils sont presque toujours indisponibles dans la pharmacie du CHD-B. Cette **insuffisance de médicaments utilisés en urgence** retarde la prise en charge des patients et constitue une menace pour la qualité des soins offerts. Pourtant **la gestion des stocks de produits pharmaceutiques est informatisée**.

Pour les prestations de soins, les praticiens hospitaliers utilisent des matériels de diverses natures. Dans certains services comme la chirurgie, nous avons constaté un nombre insuffisant d'aspirateurs, de concentrateurs d'oxygène, de matériels d'ablation de plâtre, etc. Cette situation ne permet pas la prise en charge simultanée de plusieurs patients malgré la forte demande de ces prestations et l'urgence qu'elles revêtent.

L'insuffisance en matériel de soins est également observée à la réanimation de la maternité, où même les simples gants font cruellement défaut. En effet, sur les deux blocs opératoires disponibles, un seul est fonctionnel ; pourtant, l'hôpital reçoit un nombre important de femmes devant subir des actes opératoires, en particulier des césariennes. La salle de

réanimation est peu aérée et peu confortable. Toutes ces imperfections nous amènent à conclure **l'insuffisance et la faible performance du plateau technique du CHD-B**. Les mesures d'accompagnement de la gratuité de césarienne sont insuffisantes.

Au niveau des services les plus fréquentés comme la pédiatrie, plusieurs insuffisances ont été relevées. En effet, ce service est en général exigu, de ce fait, c'est la salle de stérilisation qui est constamment utilisée comme deuxième salle de garde pour les sept (7) infirmiers et infirmières retenus par jour pour la garde. Pour les 46 agents que compte ce service, il n'existe qu'une seule toilette (à la date du 3 novembre 2009) alors qu'une vingtaine d'agents y sont présents quotidiennement.

De plus, certains actes tels que les injections et les prélèvements sont pratiqués dans le couloir du service. L'Insuffisance d'infrastructure est criarde au CHD/B ; singulièrement dans le service de pédiatrie. C'est l'une des raisons fondamentales **des mauvaises conditions d'hospitalisation** dans ce service. En effet, le nombre de lits disponibles ne permet plus de répondre à la demande des usagers. Il est fréquent de trouver deux à trois enfants hospitalisés sur un même lit ou que les paillasses soient utilisées comme lits d'hospitalisation.

Dans d'autres services comme la chirurgie, les salles d'hospitalisation sont encombrées par les ustensiles de cuisine et autres effets personnels des patients et des gardes malades. Des patients et gardes malades se plaignent timidement de négligence, de rançonnement et de vente parallèle de médicaments et consommables médicaux de la part du personnel soignant. Nous avons constaté une insuffisance de rigueur dans l'exécution de la description de poste, un laisser aller, un laisser faire, une impunité. Toutes ces **mauvaises gestions des services et des gardes malades** ne permettent pas de combler leur attente qui est de vite recouvrer la santé.

PARAGRAPHE 2 : CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE

Le ciblage de la problématique passe par l'inventaire des constats issus des observations de stage.

I/ INVENTAIRE DES ELEMENTS DE L'ETAT DES LIEUX ET CHOIX DE LA PROBLEMATIQUE.

A/ Inventaire des éléments de l'état des lieux

Il s'agit de faire le point des atouts et problèmes recensés dans les observations de stage, puis de regrouper les problèmes par centres d'intérêt.

▪ **LES ATOUTS**

- ~ La motivation du personnel est faite de diverses manières.
- ~ Le respect rigoureux des critères de sélection des fournisseurs.
- ~ La vérification rigoureuse de la disponibilité des crédits avant l'engagement des dépenses.
- ~ La disposition favorable pour garantir la continuité des soins.
- ~ La restauration des malades est acceptable.
- ~ La gestion des stocks des produits est informatisée.

▪ **LES PROBLEMES**

- ~ Les ruptures fréquentes des stocks de médicaments et consommables médicaux.
- ~ Les difficultés de réapprovisionnement des produits pharmaceutiques et consommables médicaux.
- ~ Un faible taux de recouvrement des créances sur l'Etat.
- ~ Le retard dans la prise en charge des patients dans certains services.
- ~ Le non respect des normes vestimentaires par certaine catégorie d'agents.
- ~ L'inexistence d'un cadre adéquat d'archivage des dossiers des patients.

Approche pour une amélioration des conditions de prise en charge des patients au Centre Hospitalier Départemental du Borgou

- ~ L'insuffisance des médicaments cédés à la pharmacie surtout ceux utilisés lors des urgences, encourage la vente parallèle.
 - ~ L'insuffisance et la faible performance du plateau technique du CHDB
 - ~ Les mauvaises conditions d'hospitalisation dans le service de Pédiatrie au CHD-B.
 - ~ L'insuffisance dans l'organisation des services médico-technique et l'absence de rigueur de la direction du centre.
 - ~ L'insuffisance du personnel qualifié dans la plupart des services.
-
- REGROUPEMENT DES PROBLEMES PAR CENTRES D'INTERET DANS LE TABLEAU 5

TABLEAU 4: Regroupement des problèmes par centres d'intérêt.

N°	CENTRES D'INTERET	PROBLEMES SPECIFIQUES	PROBLEMES GENERAUX	PROBLEMATIQUES
1	Gestion des stocks au CHD-B	<ul style="list-style-type: none"> - Ruptures fréquentes des stocks de médicaments et consommables médicaux. - Un faible taux de recouvrement des créances sur l'Etat - Insuffisance dans le Réap provisionnement des produits pharmaceutiques. 	Gestion peu qualitative des stocks au CHD-B	Problématique d'une gestion qualitative des stocks au CHD-B
2	Organisation interne du CHD-B	<ul style="list-style-type: none"> - Retard dans la prise en charge des patients dans certains services. - Non respect des normes vestimentaires par certains agents. - Inexistence d'un cadre adéquat d'archivage des dossiers des patients. - l'insuffisance dans l'organisation des services médico-technique et l'absence de rigueur de la direction du centre. 	Mauvaise organisation interne du CHD-B	Problématique d'une amélioration de l'organisation interne du CHD-B
3	Prise en charge des patients au CHD/B	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de médicaments utilisés en urgence - Insuffisance et faible performance du plateau technique du CHD-B. - Mauvaises Conditions d'hospitalisation des patients au CHD-B. - Insuffisance du personnel qualifié dans certains services du CHD-B. 	Mauvaises conditions de prise en charge des patients au CHD-B	Problématique d'une amélioration des conditions de prise en charge des patients au CHD -B

Source : Résultats de nos investigations.

B/ Choix de la problématique

Les observations faites au CHD-B au cours de notre stage nous ont conduits à identifier trois problématiques. Il s'agit de :

1. la problématique d'une gestion qualitative des stocks au CHD-B ;
2. la problématique d'une amélioration de l'organisation interne du CHD-B ;
3. la problématique d'une amélioration des conditions de prise en charge des patients au CHD-B.

La résolution de toutes ces problématiques contribuerait efficacement à l'amélioration des prestations du CHD-B et à l'amélioration de la satisfaction de ses usagers. Mais pour la présente étude, seule une problématique peut être retenue.

Le choix de notre problématique sera dirigé par deux mobiles. Le premier est le souci de mettre en application les connaissances acquises lors de notre formation en «Management stratégique : cas des services de santé et de l'éducation » et en « Gestion et Planification des Services de Santé ». Le second est le désir d'œuvrer pour l'atteinte de l'objectif principal du CHD-B qui est d'offrir des soins de santé de qualité aux populations. En examinant les trois problématiques identifiées, nous constatons que celle qui se rapproche le mieux de ces mobiles est la troisième problématique. Par conséquent, la problématique de notre étude est : « **la problématique d'une amélioration des conditions de prise en charge des patients dans le service de pédiatrie** ».

La prise en charge qualitative des patients constitue un défi que l'hôpital doit relever à tout prix. Pour y arriver, divers moyens, approches et méthodes doivent être mises en œuvre. En plus de ces éléments, il importe de mettre en place un système de management qui permettra de coordonner les activités relatives à la prise en charge des patients. C'est pour contribuer à la mise en œuvre de cet idéal que nous avons formulé notre thème comme suit : « *Approche pour une amélioration des conditions de prise en charge des patients au CHD-B* ».

II/ SPECIFICATION ET VISION GLOBALE DE RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE CHOISIE

A/ Spécification de la problématique

Il s'agit ici de préciser le problème général qui caractérise notre étude, et les problèmes spécifiques retenus pour l'atteinte des objectifs de l'étude.

Les problèmes spécifiques issus de la problématique retenue sont tous importants pour l'amélioration des conditions de prise en charge des patients au CHD/B. Ces problèmes méritent tous, une étude approfondie. C'est pourquoi la problématique de notre étude sera spécifiée par un problème général et quatre(4) problèmes spécifiques.

Problème général :

«Mauvaises conditions de prise en charge des patients au CHD-B».

Problèmes spécifiques :

1. Insuffisance de médicaments utilisés en urgence.
2. Insuffisance et faible performance du plateau technique.
3. Mauvaises conditions d'hospitalisation des patients au CHD-B.
4. Insuffisance du personnel qualifié dans certains services.

B/ Vision globale de résolution de la problématique

Il s'agit de la vision globale de l'amélioration des conditions de prise en charge des patients au CHD-B.

Le problème général de notre étude étant « mauvaises conditions de prise en charge des patients au CHD-B», nous énoncerons la vision globale de sa résolution à travers celle de chacun de ses problèmes spécifiques.

➤ En ce qui concerne le problème spécifique n°1, relatif à l'insuffisance de médicaments utilisés en urgence, une disponibilité permanente et suffisante des stocks de médicaments utilisés en urgence contribuerait à une promptitude dans la prise en charge des patients. Par conséquent, il serait

donc opportun de se référer à une approche théorique basée sur les méthodes d'approvisionnement des médicaments et consommables médicaux.

➤ Quant au problème n°2 qui est l'insuffisance et la faible performance du plateau technique du CHD-B, il faut reconnaître que la performance d'un établissement hospitalier repose sur son plateau technique et chaque catégorie de formation hospitalière doit disposer d'un plateau technique de son rang. L'efficacité de ses prestations en dépend énormément. C'est pourquoi, nous retiendrons ici une approche théorique basée sur le respect des normes en matière d'équipement dans les établissements hospitaliers.

➤ Pour ce qui est du problème spécifique n°3, concernant les mauvaises conditions d'hospitalisation des patients, nous soulignons que les conditions d'hospitalisation adéquate contribuent à la bienséance des malades, à la limitation des infections nosocomiales et faciliteraient la guérison des patients. Pour cela, nous ferons recours à une approche théorique basée sur les conditions d'hospitalisation des patients.

➤ S'agissant du problème spécifique n°4, relatif à l'insuffisance du personnel qualifié, nous soulignons qu'un hôpital de référence de ce niveau devrait disposer d'un personnel qualifié en nombre suffisant, afin que les patients référés ne soient pas accueillis par des agents moins qualifiés que ceux qui les réfèrent. Nous faisons allusion aux patients en situation d'urgence accueillis dans les services des urgences qui n'ont pas la chance de survivre s'ils doivent attendre des heures avant d'être examinés par le spécialiste, il n'est possible de remédier à cette situation que lorsque tous les acteurs sont en quantité et en qualité suffisantes et offrent leur disponibilité. Pour cela, nous ferons recours à une approche théorique basée sur les normes de développement et la rationalisation des ressources humaines.

La vision globale de résolution de notre problématique est résumée dans le tableau suivant :

TABLEAU 5: Synthèse des approches théoriques de résolution de la problématique

NIVEAU SPECIFIQUE	PROBLEMES	APPROCHE THEORIQUE RETENUE
1	Insuffisance de médicaments utilisés en urgence.	Approche théorique basée sur les méthodes d'approvisionnement des médicaments et consommables médicaux. Agent à profil de gestion.
2	Insuffisance et faible performance du plateau technique du CHD- B/A	Approche théorique basée sur les normes en matière d'équipement dans les établissements hospitaliers.
3	Mauvaises conditions d'hospitalisation des patients au CHD/B	Approche théorique basée sur les conditions d'hospitalisation des patients surtout en pédiatrie.
4	Insuffisance du personnel qualifié dans les services du CHD-B	Approche théorique basée sur les normes de développement et la rationalisation des ressources humaines

Source : Résultats de nos investigations

La vision globale de résolution de la problématique peut être restituée à travers une démarche en dix (10) étapes qui comprend :

- la fixation des objectifs de la recherche ;
- la formulation des hypothèses de travail ;
- la construction du tableau de bord de l'étude ;
- la revue de littérature ;
- le choix de l'outil de mobilisation des données ;
- le choix de l'outil d'analyse des données ;
- la mobilisation des données ;
- l'analyse des données ;
- l'établissement du diagnostic ;
- la proposition des approches de solutions et les conditions de leur mise en œuvre.

•



CHAPITRE PREMIER

CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE ET REVUE DE LITTERATURE.

Dans ce chapitre, nous aborderons successivement le cadre théorique et approches de solutions.

SECTION I: CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE : OBJECTIFS et HYPOTHESES

Dans cette section, nous présenterons le cadre théorique de notre étude qui comprend : les objectifs, les hypothèses et la revue de littérature, puis la méthodologie choisie et l'établissement du diagnostic de l'étude.

PARAGRAPHE I- / OBJECTIFS DE L'ETUDE

Rappelons que le problème général de notre étude porte sur les "mauvaises conditions de prise en charge des patients au CHD-B" et que ses causes sont :

- insuffisance de médicaments utilisés en urgence ;
- insuffisance et la faible performance du plateau technique;
- mauvaises conditions d'hospitalisation des patients;
- insuffisance du personnel qualifié dans les services.

A partir de ces différents problèmes, nous formulerons les objectifs de développement, les objectifs de recherche et les résultats attendus.

I- Objectifs de développement et objectifs de recherche

✓ Les objectifs de développement

- **L'objectif général de développement**

Contribuer à l'amélioration des conditions de prise en charge des patients au CHD-B.

- **Les objectifs spécifiques de développement**

- Proposer des méthodes pour une disponibilité suffisante et permanente de médicaments utilisés en urgence.

- Suggérer des mécanismes de perfectionnement du plateau technique.
- Proposer des approches d'amélioration des conditions d'hospitalisation des patients.
- Suggérer des mesures pour une disponibilité du personnel en quantité et en qualité.

✓ **Les Objectifs de recherche**

▪ L'objectif général de recherche

Déterminer les conditions d'amélioration de la prise en charge des patients au CHD-B.

▪ Les objectifs spécifiques de recherche

- Déterminer des méthodes pour une disponibilité suffisante et permanente de médicaments utilisés en urgence.
- Identifier des mécanismes de perfectionnement du plateau technique.
- Identifier des approches d'amélioration des conditions d'hospitalisation des patients.
- Déterminer des mesures pour une disponibilité du personnel en quantité et en qualité.

II - Les résultats attendus

▪ Résultat général attendu

Les conditions pour l'amélioration de la prise en charge des patients au CH-B sont déterminées.

▪ Résultats spécifiques attendus

- Les méthodes pour une disponibilité suffisante et permanente de médicaments utilisés en urgence sont proposées.
- Les mécanismes de perfectionnement du plateau technique sont identifiés.
- Les approches d'amélioration des conditions d'hospitalisation des patients sont suggérées.

- Les mesures pour une disponibilité du personnel en quantité et en qualité sont suggérées.

PARAGRAPHE II-/ HYPOTHESES ET TABLEAU DE BORD DE L'ETUDE

I - Hypothèses de l'étude

La formulation des hypothèses passe par l'identification des causes probables des problèmes en étude.

1- Causes et hypothèses liées au problème spécifique N°1

Le problème spécifique N°1, qui est la rupture et l'insuffisance des médicaments utilisés en urgence, peut se justifier par deux causes :

- la mauvaise gestion des stocks de médicaments utilisés en urgence ;
- l'insuffisance des moyens financiers pour le réapprovisionnement des stocks.

Lorsque nous retenons la mauvaise gestion, il faut admettre qu'elle peut être à la base de rupture et de l'insuffisance de médicaments utilisés en urgence. Mais le temps passé à la pharmacie nous a permis de constater une bonne gestion des stocks. En effet, l'administration contrôle, par une gestion informatisée, les entrées et les sorties de stocks. Elle établit les statistiques des consommations par service et le renouvellement des stocks en tenant compte des statistiques de consommation et des délais de livraison. Cette cause ne peut donc être retenue. Par contre, la rupture fréquente de stock des médicaments et consommables médicaux sont les causes probantes de ce problème, si l'on tient compte de la difficulté de réapprovisionnement évoquée plus haut, due à l'instabilité des ressources financières, eu égard aux nombreuses sollicitations et aux charges incompressibles que sont les salaires. En effet, 65% du personnel sont à la charge du Centre Hospitalier (figure 1). Il y a aussi des causes externes qui sont liées d'une part, à la non disposition des produits par le fournisseur principal agréé (CAME) et d'autre part, à la

non autorisation de commander chez d'autres fournisseurs. Par conséquent, notre hypothèse est : **l'insuffisance de médicaments utilisés en urgence s'explique par l'insuffisance des moyens financiers pour le réapprovisionnement des stocks en quantité suffisante.**

2- Causes et hypothèse liées au problème spécifique N°2

Pour expliquer le problème spécifique n°2 qui est l'insuffisance et la faible performance du plateau technique, une seule cause a été supposée. Il s'agit d'une insuffisance de moyens financiers pour soutenir la politique de perfectionnement du plateau technique du Centre. En effet nous avons remarqué une volonté manifeste ardente de renouvellement et de perfectionnement du plateau technique ; ceci à travers l'expression des besoins non satisfaits en la matière et contenus dans les différents budgets du CHD-B élaborés ces trois dernières années. De même des recherches de financements menées en direction des partenaires au développement, n'aboutissent pas toujours. Au regard de ce qui précède, l'hypothèse ci-après est la plus plausible : **l'insuffisance et la faible performance du plateau technique se justifient par une insuffisance de financement pour soutenir la politique de perfectionnement de celui-ci.**

3- Causes et hypothèse liées au problème spécifique N°3

Pour le problème spécifique n°3, relatif aux mauvaises conditions d'hospitalisation des patients, deux causes peuvent être évoquées :

- la négligence des agents de l'hôpital ;
- l'importance du nombre de patients.

Les mauvaises conditions d'hospitalisation déplorées ici peuvent être dues à la négligence des agents de l'hôpital. Mais, il faut souligner que ces conditions sont beaucoup plus liées à la capacité des locaux et salles d'hospitalisation. De plus, les observations de stage nous ont permis de constater que ces agents travaillent avec les moyens disponibles et essaient tant bien que mal de donner des soins aux patients.

En effet, le service de pédiatrie ne dispose que de 54 lits depuis l'année 2000 que le CHD/B a été réhabilité. Le nombre de patients continue de s'accroître, pendant que la capacité d'accueil est restée stationnaire. Les nouveaux consultants ont augmentés en 2007 et ont diminué légèrement en 2008, par contre, le nombre d'anciens consultants a constamment baissé 310 en 2006, 147 en 2007 et 66 en 2008. Plusieurs causes peuvent être à la base dont les conditions inadéquates d'hospitalisation. Le nombre d'hospitalisé s'est constamment accru ; 3218 en 2006, 3573 en 2007 et 4221 en 2008 ce qui nous permet de conclure que **le nombre important de patients est à la base des mauvaises conditions d'hospitalisation non qualitatives des patients au CHD-B.**

TABLEAU 6 : Nombres de consultations et d'hospitalisations exercice 2006, 2007 et 2008.

	Pédiatrie 2006	Pédiatrie 2007	Pédiatrie 2008
Nouveaux consultants	3922	5144	5058
Anciens consultants	310	147	66
Total consultants	4232	5291	5124
Hospitalisés	3218	3573	4221
Nombre de lits	50	54	54

4- Causes et hypothèse liées au problème spécifique N°4

Après analyse du problème de l'insuffisance du personnel qualifié dans les services, nous avons recensé deux (2) causes possibles:

- l'affluence des patients ;
- l'absence d'une politique de formation et de redéploiement du personnel qualifié.

Ces différentes causes paraissent importantes. Celles de l'affluence des patients et l'insuffisance de paramédicaux, avaient été prises comme causes probantes dans les travaux réalisés par R. AKPOVO (2007). En effet, ces

travaux ont montré que la situation d'affluence crée un déséquilibre entre le nombre déjà limité d'agents de soins et les tâches à exécuter.

Par contre, l'absence d'une politique de formation et de déploiement du personnel qualifié semble être la cause la plus plausible car les prévisions en matière de recrutement de personnel ne sont pas faites sur des bases statistiques convaincantes. Par conséquent, notre quatrième hypothèse est : **l'insuffisance du personnel qualifié dans les services émane de l'absence d'une politique de formation et de déploiement de personnel qualifié.**

Pour ce qui est du problème général, il serait difficile de l'expliquer par une cause générale qui engloberait les causes spécifiques et par conséquent, la formulation de l'hypothèse générale serait impossible.

II -Tableau de bord de l'étude

Une fois les hypothèses formulées, nous procéderons à la présentation et la mise en œuvre de la méthodologie adoptée. Pour avoir une visibilité sur les éléments qui caractérisent notre étude, nous les consignerons dans le tableau de bord ci-après.

Tableau 7: Tableau de bord de l'étude

NIVEAU		PROBLEMES	OBJECTIFS (de recherche)	CAUSES PROBABLES	HYPOTHESES
GENERAL		Mauvaises conditions de prise en charge des patients au CHD/B.	Déterminer les conditions d'amélioration de la prise en charge des patients au CHD/B.	-	-
SPECIFIQUE	1	Insuffisance de médicaments utilisés en urgence.	Déterminer des méthodes pour une disponibilité suffisante et permanente de médicaments utilisés en urgence.	Insuffisance des moyens financiers pour le réapprovisionnement des stocks en quantité suffisante.	L'insuffisance de médicaments utilisés en urgence au CHD/B s'explique par l'insuffisance des moyens financiers pour le réapprovisionnement des stocks.
	2	Insuffisance et faible performance du plateau technique du CHD-B	Identifier des mécanismes de perfectionnement du plateau technique.	Insuffisance de financement pour soutenir la politique de perfectionnement du plateau technique du Centre.	L'insuffisance et la faible performance du plateau technique se justifient par une insuffisance de financement pour soutenir la politique de perfectionnement de ce plateau technique.
	3	Mauvaises conditions d'hospitalisation des patients.	Identifier des approches d'amélioration des conditions d'hospitalisation des patients.	Nombre important de patients.	Le nombre important de patients est à la base des conditions d'hospitalisation non qualitatives des patients.
	4	Insuffisance de personnel qualifié dans le service.	Déterminer des mesures pour une disponibilité du personnel en quantité et en qualité.	Absence d'une politique de formation et de déploiement du personnel qualifié.	L'insuffisance du personnel qualifié dans les services émane de l'absence d'une politique de formation et de déploiement du personnel qualifié.

Source : Résultats de nos investigations

SECTION II : REVUE DE LITTERATURE

De nombreux auteurs et chercheurs ont déjà eu à réfléchir sur la question des meilleures conditions de prise en charge des patients dans les hôpitaux.

L'hôpital est une entreprise dont l'environnement à dimensions multiple, complexe et incertaine lie des individus venant d'horizons divers avec des aptitudes, des compétences, des qualités, des attentes et des besoins. Selon **Phelps (1995)**. « L'hôpital est assimilé à une entreprise dont la fonction de production de santé peut s'écrire : $S = g(m)$ où S désigne le produit « santé » et m les « soins médicaux » ; c'est-à-dire un ensemble d'activités destinées à rétablir ou à accroître le capital santé.

Dans cette perspective, l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient devient une démarche à pérenniser et dynamiser.

Paul COMET et **Raymond PIGANIOL** déclarent dans leur ouvrage "L'hôpital public", que « l'entrée à l'hôpital joue un rôle décisif sur le plan psychologique; la première impression laissée au nouvel arrivant, malade ou visiteur, par un établissement, est souvent durable ». En dehors de l'accueil et des soins de qualité par la suite, l'image de marque de l'hôpital est largement tributaire des conditions matérielles.

PARAGRAPHE I-/ CONTRIBUTIONS ANTERIEURES SUR LE PROBLEME GENERAL DE L'ETUDE

Pour l'accomplissement et la réussite de toutes missions il faut, non seulement des ressources, mais aussi, un management de ces ressources.

I/ Insuffisance des ressources

Selon **TCHIBOZO Hugues B. M.** dans son Cours ateliers de « Le Management stratégique : cas des services de santé et de l'éducation. » à l'UAC, ENAM AHUI, Cycle 2 en Septembre 2008 « L'insuffisance des ressources matérielles, financières et humaines constitue une menace potentielles(source de blocage) à l'assurance qualité : il s'agit du respect des normes en matière d'infrastructures, de plateau technique, de sécurité sanitaire d'une part, puis d'autre part, du respect des normes en ressources humaines qualitatives et quantitatives ».

L'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique (OMS), lors de la cinquante-troisième session du comité régional, a demandé aux Etats membres et au Directeur Régional de renforcer le rôle des hôpitaux dans le cadre de l'amélioration des performances des systèmes nationaux de santé dans les Régions africaines. Elle signifiait à cette occasion qu'« en l'absence de services hospitaliers performants, il serait impossible d'assurer une prise en charge intégrale et holistique, pourtant vital à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatif à la santé.

II/ Gestion rationnelle des ressources

Face aux cas de décès dus aux insuffisances de ressources **Dr Didier KOMONGUI** disait : dans notre pays, « tant qu'on laissera l'urgence dépendre de celui qui est en situation d'urgence nous continuerons de compter nos cadavres ». Il s'agit entre autre des urgences en obstétrique, chirurgie, médecine, et pédiatrie.

Pour **D.GOUNFLE (2007)**. « Toute fois le problème du financement du système sanitaire en général et des hôpitaux en particulier ne doit pas être réduit

uniquement à une augmentation des ressources mais également à une gestion rationnelle de celles disponibles ».

PARAGRAPHE II - CONTRIBUTIONS ANTERIEURES SUR LES PROBLEMES SPECIFIQUES DE L'ETUDE

I - Contributions antérieures sur les problèmes spécifiques n°1 et n°2 de l'étude.

L'extension de la couverture en soins de santé a entraîné un accroissement de la demande en médicaments. Les efforts déployés par de nombreux pays en développement, ont été entravés par un certain nombre de difficultés touchant l'approvisionnement et les systèmes de gestion des achats. En effet, une étude réalisée sur l'utilisation des agents communautaires dans divers pays par **OFOSOU-AMAAH**(1983), sous le couvert de l'OMS, a montré qu'au Ghana, au Libéria, en Somalie, au Soudan et à Sri Lanka, les approvisionnements sont très insuffisants. Selon cette étude, « le cas du Libéria est particulièrement marqué par de fréquentes pénuries, même pour les médicaments de première nécessité. Le constat était le même au Ghana où les pénuries sont observées à l'échelon central ».

Virginia **OFOSOU-AMAAH** propose « une augmentation des crédits accordés à l'achat des médicaments et une décentralisation des principales centrales d'achat au niveau de chacun des pays concernés par l'étude ».

Dans le cadre de son mémoire de fin de formation au cycle I, **AZONDEKON** (2004), révèle « des ruptures chroniques et fréquentes de stocks de produits pharmaceutiques entraînant la suspension des prestations dans certains services techniques au CNHU ». Il propose une « amélioration du processus d'approvisionnement tenant compte de la gamme de médicaments disponibles, des quantités disponibles, des disponibilités financières à travers une meilleur sélection des produits ».

AHOUSSINOU (1998), dans une étude réalisée sur les prescriptions et dispensations des médicaments essentiels sous non génériques en République du Bénin, estime que « le secteur public est frappé par une pénurie de médicaments à 49,7%. Et que cette pénurie est essentiellement due à la non disponibilité d'une demi-douzaine de médicaments à la CAME, signalée par 40% des formations sanitaires enquêtées ». Il suggère « une réforme de la politique pharmaceutique nationale basée sur une assurance de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments en général et des médicaments essentiels sous nom générique en particulier, sur toute l'étendue du territoire national ». Des travaux d'**AHOUSSINOU** (1998) à ce jour, « la disponibilité des produits pharmaceutiques à la CAME reste une des équations les plus difficiles à résoudre dans le processus d'approvisionnement par nos formations sanitaires ».

Pour ce qui concerne la performance du plateau technique, et des infrastructures, le Ministère de la Santé a élaboré en 2001, des normes et standards pour la construction et l'équipement des centres de santé. Il a harmonisé, règlementé l'architecture, la structure et le fonctionnement de nos formations sanitaires. Mais cette réglementation n'a concerné que le niveau périphérique.

Une série d'études réalisées par **MICHEL'SON** et **DMITRIENKOV**(1990) en Russie (ex URSS) a montré « que les énormes possibilités de la médecine ne peuvent se concrétiser si l'équipement n'est pas correctement entretenu. » Selon ces auteurs, « aucun pays n'est capable à lui seul de fournir au secteur de la santé tous les appareils dont il a besoin, tout en assurant un niveau satisfaisant de maintenance ».

II -Contributions antérieures sur les problèmes spécifiques n°3 et n°4

Dans un système sanitaire, la prise en charge des usagers se fait par une équipe composée de divers spécialistes ayant chacun leurs rôles. Dans le cadre de l'élaboration de la "POLITIQUE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR SANTE" le Ministère de la Santé a relevé qu' « Il s'observe de plus en plus dans les structures de santé, une désaffection pour le travail et une désagrégation croissante des rapports entre usagers et personnels de santé. Ces dysfonctionnements sociaux constituent un obstacle majeur à l'amélioration de la performance des services de santé sur le plan de la gestion et de la qualité des soins. La motivation du personnel apparait donc comme l'élément central dont dépend la réalisation des objectifs de la politique sanitaire nationale». Une bonne rémunération salariale au personnel et une Administration plus rigoureuse dans l'application des textes (le code du travail, de la déontologie et de l'éthique) et plus dirigeante, pourrait favoriser l'enthousiasme des agents de santé au travail.

Mais face à la délicatesse du métier de ce personnel qualifié qui selon Dr **J.P. ESCANDE** « gagner et user sa vie en disputant celle des autres à la mort inéluctable ne dispense d'arriver à son tour au terme », il ne faut pas lésiner sur les moyens qu'il faut mettre à leur disposition si l'on recherche un dévouement, car **Pascal OMYALE** dans son cours de 2ème année AHUI/ENAM, 2009 à l'Université d'Abomey-Calavi a dit :
«La perception qu'un individu a de la satisfaction de ses besoins personnels influence sa productivité »

En matière de conditions matérielles de l'admission, les formalités d'admission ont le mérite de permettre de n'écarter personne de l'hôpital pour des raisons administratives ou financières. A la demande du patient il est hospitalisé dans les salles de catégorie, s'il a les moyens de payer ou s'il détient une prise en charge. Selon **M. DUCAMIN**, « l'aménagement des chambres doit

tenir compte des besoins du malade. Les objectifs à atteindre ne sont rien d'autres que la suppression effective des chambres à plus de quatre lits, sans équipement convenable de la chambre (sanitaire, placard), insonorisation efficace ». Mais cette question d'effectif optimal par chambre est très controversée car il faut disposer de chambres en nombre suffisant. La qualité des repas servis aux malades n'est pas moins importante ; diverses solutions ont été expérimentées. Il faut reconnaître qu'au CHD/B cette question reste tributaire des ressources disponibles. **M. DUCAMIN**, dans son rapport déposé, recommande « la conciliation parfois contradictoire, de la commodité des visites, les nécessités du service et le repos des malades. Egalement il faut évoquer là, qu'il doit être tenu compte de la possibilité pour le médecin traitant d'être tenu informé de l'état de son malade même après sa sortie, d'avoir accès à son dossier médical conservé par l'hôpital ».

Pour **Emile LEVY**, « le terme gestion des malades concerne l'ensemble des activités administratives, relevant essentiellement du service des admissions qui permet d'assurer l'entrée et la sortie des patients dans l'hôpital et la tenue de leurs dossiers administratifs ». Il définit à la suite de certains spécialistes une véritable gestion des malades comme : « non plus seulement l'ensemble des tâches de collecte et de traitement des informations, mais aussi toutes les actions pratiques :

- l'accès des malades à l'établissement et leur sortie, dans les meilleures conditions possibles,
- la constitution, pour chaque malade, d'un dossier administratif complet et accessible,
- le suivi des malades dans leurs différents services d'hospitalisation et après leur hospitalisation primaire,
- la relation avec les débiteurs: malades ou organismes tiers-payeurs et par la suite, le recouvrement de frais de traitement,

- les liaisons avec les services d'Etat Civil,
- l'enregistrement des déclarations relatives aux entreprises et prélèvements,
- l'information des visiteurs,
- le bien être des malades ».

A partir de l'ensemble de ces données, on pourrait alors mettre à la disposition des centres de responsabilité des statistiques d'activités extrêmement complètes.

Le plus important pour la qualité et la renommée d'un établissement, c'est les ressources humaines. Lors des assises des Etats Généraux de la santé du Bénin (novembre 2007), cet aspect a été au centre des débats en terme de valorisation des ressources humaines du secteur de la santé ; surtout dans la perspective du renforcement des capacités des formations sanitaires (CHU, Hôpitaux et autres). C'est ce que résumant en deux mots **J. M. PERETTI** et **J. ORSONI** dans « **To empower** » qui signifie : « donner les pleins pouvoirs pour faire et avoir recours à l'initiative du salarié ».

A large blue scroll graphic with a white border and a white shadow, resembling a rolled-up document. It has a white circular element at the top left and a grey circular element at the top right. The text is centered within the scroll.

CHAPITRE DEUXIEME

METHODOLOGIE DE L'ETUDE ET APPROCHES DE SOLUTIONS.

SECTION-1 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.

Il s'agit ici, d'élaborer et de mettre en œuvre des méthodes pouvant nous conduire à la vérification des hypothèses.

PARAGRAPHE I-/ METHODOLOGIE DE L'ETUDE ET REALISATION DE L'ENQUETE

I / Méthodologie de l'étude

La méthodologie que nous allons utiliser est articulée autour de deux dimensions : une dimension empirique et une dimension théorique.

1) Dimension empirique de l'étude

Elle permet de montrer la technique d'enquête à utiliser à travers les outils de mobilisation et de présentation des données.

✓ Techniques de collecte des données

Nos objectifs étant d'améliorer les conditions de prise en charge des patients au CHD/B, dans le cadre de notre étude, notre enquête est orientée vers :

- les différentes personnes ressources (autorités centrales du Ministère, médecins, paramédicaux, administratifs du Centre).
- la consultation de documents administratifs du centre
 - Pour vérifier l'hypothèse N°1, selon laquelle l'insuffisance des médicaments utilisés en urgence au CHD/B s'explique par l'insuffisance des moyens financiers pour le réapprovisionnement quantitatif des stocks, nous avons interrogé quelques personnes ressources concernées par la mise à disposition des médicaments cédés et utilisés en urgence au profit des patients. Il s'agit des autorités ayant à charge l'acquisition, la gestion et la mise à disposition des produits pharmaceutiques.

Les données chiffrées, relatives aux prévisions et aux réalisations en matière d'achat de médicaments entre 2006 et 2008, sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau 8: Evolution des prévisions et des réalisations d'achat de médicaments au CHD/B entre 2006 et 2008

ANNEE	PREVISIONS	REALISATIONS	TAUX DE REALISATION
2006	110 000 000 F	109 097 687 F	99,17%
2007	93 600 000 F	94 462 898 F	100,92%
2008	84 000 000 F	42 237 276 F	50,28%

Sources : Archives Pharmacie / CHD/B

En 2007 la réalisation d'achat des médicaments a été faite à plus de 100% grâce à un apport extérieur (le CHD/B a bénéficié d'un important lot de médicaments et consommables et médicaux du projet GIT ESTHER) ; à partir de 2008 les ruptures de stocks ont repris. C'est vrai que plusieurs facteurs sont à la base de ces ruptures de stocks. Mais les réalisations n'ont pu se faire qu'à 50%.

- Pour ce qui est de la vérification de l'hypothèse N°2 selon laquelle l'insuffisance et la faible performance du plateau technique se justifient par l'insuffisance de financement pour soutenir la politique de perfectionnement de ce plateau technique, nous avons également interrogé certains responsables centraux du Ministère de la Santé ainsi que les responsables du CHD/B.

- En ce qui concerne l'hypothèse N°3, selon laquelle, le grand nombre de patients est à la base des conditions d'hospitalisation non qualitatives des patients au CHD/B, nous nous sommes rapprochées de quelques responsables de l'hôpital, en vue de la réalisation d'un entretien sur cette question.

- S'agissant de l'hypothèse N°4, qui concerne l'insuffisance du personnel qualifié, nous nous sommes rapprochées du Ministère, des responsables centraux, des autorités du CHD-B, des prestataires de service comme : les surveillants des pavillons (5), les responsables des unités de chaque service (15 agents) et deux agents parmi le personnel et par services (10 agents). La taille de

Approche pour une amélioration des conditions de prise en charge des patients au Centre Hospitalier Départemental du Borgou

cet échantillon est de 34 personnes ressources. Tous les guides d'entretien sont annexés au présent travail.

Tableau 9 : synthèse de la méthode d'étude.

Axes de recherche	Indicateurs	Techniques	Cibles
Médicaments	-Rupture de stocks -pourcentage de réalisation Des prévisions d'achat de médicaments	-Observation -entretien -Etude de documents	comptes administratifs.
Matériels et Equipements	-existant physique du matériel médico-technique -fonctionnement	-Observation -Entretien -Etude de documents	-Services médicaux -Chefs services médicaux -Rapports d'inventaires.
Conditions d'hospitalisation	Taux d'accroissement des hospitalisations 2006-2007-2008	-Observation -Entretien -Etude des rapports statistiques 2006-2007-2008	-Services médicaux -Prestataires des services -Rapports statistique
Personnel qualifié	Pourcentage du personnel qualifié comparé au minimum acceptable proposé par la DRH du ministère de la santé.	-Observation (absence de personnel qualifié) -Entretien -Comparaison aux normes	-Responsable du personnel -Prestataires -Autorités centrales -Documents administratifs (état du personnel)

✓ Technique de présentation des données

Les données qui émanent de nos enquêtes étant qualitatives, elles sont présentées dans le résumé des informations collectées.

2) Dimension théorique de l'étude

Elle permet de définir les éléments de vérification des hypothèses, c'est-à-dire les outils pour identifier les causes réelles des problèmes en étude. Les outils retenus sont les seuils de décision pouvant nous permettre de retenir ces causes.

✓ Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse N°1

Pour retenir la cause réelle qui justifie l'insuffisance du réapprovisionnement en médicaments cédés d'utilisation urgente, nous retiendrons celle qui est exprimée par la majorité des personnes interrogées.

✓ Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse N°2

Pour retenir la cause réelle de la faible performance du plateau technique, nous retiendrons les causes qui seront avancées dans un premier temps, par la plupart des personnes rencontrées sur ce sujet, du fait que le Ministère de la Santé n'a pas mis en vigueur les normes et standards en la matière pour les CHD et CHU ; dans un second temps, les normes de **Bénanteur et al** (2000).

A travers cette approche, **Bénanteur et al.** (2000) propose les moyens d'amélioration suivants :

- . Mise à disposition des équipements en fonction des besoins et, par voie de conséquence, un juste dimensionnement du parc équipements ;
- . Répartition plus équitable des équipements ;
- . Homogénéisation des équipements, à travers l'analyse très fine des besoins réels et des taux d'utilisation ;
- . Assurer la maintenance préventive en organisant une rotation des équipements
- . Mettre en place une démarche d'entretien permanent ;
- . Lister les pannes les plus fréquentes et coter les différents équipements remplissant les mêmes fonctions afin de mieux orienter les décisions de réinvestissement.

✓ Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse N°3

En ce qui concerne le problème de l'inadéquation des conditions d'hospitalisation, nous retiendrons les raisons évoquées par les personnes interrogées sur cette question.

✓ Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse N°4

Pour identifier la cause réelle de l'insuffisance du personnel qualifié dans les services, nous allons tenir compte de celle qui est exprimée par la majorité des personnes interrogées d'une part, et d'autre part comparer à la norme en matière

d'effectif minimum proposé par type de structures et par niveau de la pyramide sanitaire.

Tableau 10: Norme des Effectifs du personnel minimum des CHD, CHU comparé aux Effectifs du CHD/B (au 12/11/2009)

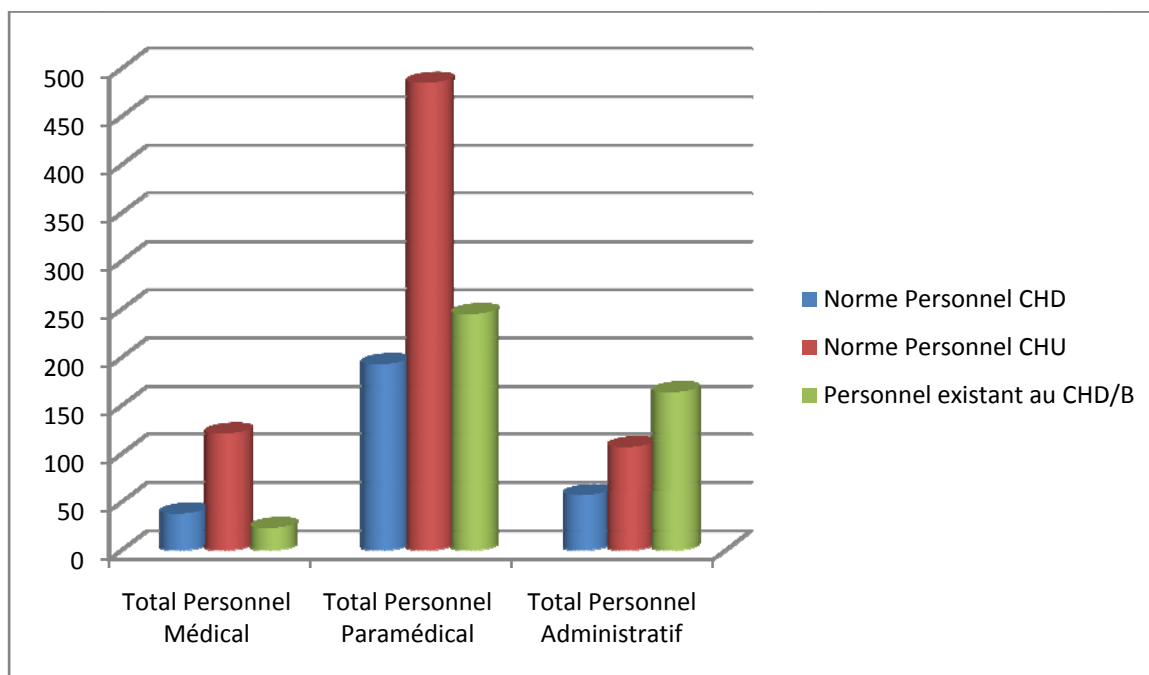
Personnel par catégorie professionnelle	CHD	CHU	CHD/B
Médecins Généralistes	6	10	2
Médecin gynécologue	4	12	2
Médecin pédiatre	2	6	2
Médecin chirurgien	4	16	2
Chirurgiens pédiatres		3	
Médecin anesthésiste réanimateur	2	4	1
Médecin psychiatre	1	3	2
Médecin interniste	2	3	1
Médecin néphrologue		2	
Médecin gastro-entérologue		2	
Médecin endocrinologue et maladie métabolique		2	
Médecin rhumatologue		2	
Médecin neurologue		3	1
Médecin de santé publique		2	
Médecin ophtalmologiste	1	3	1
Médecin ORL	2	4	1
Médecin Pneumologue		3	
Médecin dermatologue	1	3	1
Médecin épidémiologiste	1	2	
Médecin cardiologue	1	4	
Médecin nutritionniste	1	2	

Approche pour une amélioration des conditions de prise en charge des patients au Centre Hospitalier Départemental du Borgou

Médecin biologiste	1	3	3
Médecin hématologue	1	2	
Médecin immunologiste		2	
Médecin parasitologue		2	
Médecin bactériologiste		2	
Médecin radiologue	1	3	1
Médecin hygiéniste	1	2	
Médecin kinésithérapeute	3	6	
Médecin Gériatologue		3	
Pharmacien	1	2	1
Chirurgiens Dentistes	2	4	2
Total Personnel Médical	38	121	23
Total Personnel para médical	193	485	245
Total Personnel Administratif	57	107	164
TOTAL PERSONNEL	288	713	433
Personnel de santé qualifié	123	405	181

Source : DRH Ministère de la Santé

Figure 3: Norme des Effectifs du personnel minimum des CHD, CHU comparé aux Effectifs du CHD/B (au 12/11/2009)



II – REALISATION DES ENTRETIENS

1) Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés dans la ville de Parakou et de Cotonou, car la quasi-totalité des personnes ressources interrogées y sont présentes. Les guides d'entretien sont adressés :

- Aux Autorités en charge des infrastructures, des équipements et de la maintenance au Ministère de la Santé, en ces termes ;

Nous avons également relevé la faible performance du plateau technique de l'hôpital. Qu'est ce qui explique cela ?

- Aux Autorités en charge des Ressources Humaines au Ministère de la Santé ;
Nous avons constaté au cours de notre stage, l'insuffisance des ressources humaines qualifiées au CHD/B quelles dispositions prenez pour corriger cette faiblesse.
- Aux Autorités du CHD/B ;

1) Nous avons constaté au cours de notre stage, l'insuffisance des médicaments utilisés en urgence dans la pharmacie du CHD/B. Qu'est ce qui justifie cette situation selon vous ?

2) Nous avons également relevé la faible performance du plateau technique de l'hôpital. Qu'est ce qui explique cela ?

3) Par ailleurs, nous avons remarqué l'inadéquation des conditions d'hospitalisation des patients au CHD/B. qu'est ce qui selon vous, est à la base de ce problème ?

4) Nous avons constaté au cours de notre stage, l'insuffisance des ressources humaines qualifiées au CHD/B quelles dispositions prenez pour corriger cette faiblesse.

- Au Responsable de la Pharmacie de l'Hôpital et aux Responsables des Pavillons et Unités ;

Nous avons constaté au cours de notre stage, l'insuffisance des médicaments utilisés en urgence dans du CHD/B. Qu'est ce qui justifie cette situation selon vous ?

Aux Médecins Chefs Services ou Adjointes de deux des Services Médico-techniques ;

1) Nous avons également relevé la faible performance du plateau technique de l'hôpital. Qu'est ce qui explique cela ?

2) Par ailleurs, nous avons remarqué l'inadéquation des conditions d'hospitalisation des patients au CHD/B. qu'est ce qui selon vous, est à la base de ce problème ?

Nous avons pris soins à chaque fois de rassurer ces personnes ressources, que les informations et les données qu'ils nous fourniraient seront exploiter dans le cadre stricte du présent travail.

. Ces personnes ressources que nous avons eu la chance de rencontrer ont prêté une attention favorable à nos questions.

2) Présentation des données

Données relatives à l'hypothèse N°1

Il existe des causes internes et des causes externes liées au système d'approvisionnement ;

Causes internes : Dès que le stock des produits pharmaceutiques atteint le niveau d'alerte, le processus de commande est lancé pour une durée de deux **semaines avant la livraison de la commande**. Souvent, le Service des Affaires Financières se trouve dans l'obligation de réduire les quantités commandées, eu égard à l'indisponibilité des fonds. Ce faisant, le stock de sécurité baisse progressivement jusqu'à épuisement. Cette situation expose à terme, aux risques de rupture fréquente de stocks.

Par ailleurs les autres investissements réduisent constamment les possibilités financières du CHD-B à se réapprovisionner de façon régulière, en médicaments.

Causes externes : Elles sont de deux ordres. La rupture de stock peut provenir du fournisseur principal (CAME), alors qu'il n'est pas autorisé de passer la commande auprès d'autres fournisseurs.

Données relatives à l'hypothèse N°2

De l'entretien avec les autorités du ministère en charge des équipements et de la maintenance, il ressort qu'un document non encore validé, est élaboré, définissant des normes et standards en matière d'équipement des formations hospitalières.

Quant aux autorités du CHD-B, elles sont en attente permanente des équipements que leurs promettent les autorités du ministère. Alors que leurs démarches auprès des partenaires au développement peinent à aboutir.

Données relatives à l'hypothèse N°3

Le respect des normes et standards en matière d'infrastructures par le Ministère de la Santé, reste primordial dans l'offre de cadre adéquat pour de

meilleures prestations de soins. En effet 85% des prestataires interrogés associe le cadre d'hospitalisation à la faible capacité d'accueil des nombreux malades admis à l'hospitalisation. Ils ont fustigé de ce fait, l'exigüité des salles d'hospitalisation. L'étude des indicateurs d'hospitalisation montre un accroissement constant des malades hospitalisés entre 2006 et 2008 avec les chiffres suivants : 8250 hospitalisés en 2006, 9112 en 2007 et 1097 en 2008. Le taux de décès a varié dans le même sens avec 6,06% en 2006, 6,34% en 2007 et 6,28% en 2008. Ce qui montre l'existence d'une corrélation entre le grand nombre de patients et les mauvaises conditions d'hospitalisation au CHD-B.

Données relatives à l'hypothèse N°4

Quant aux autorités en charge des Ressources Humaines du Ministère de la santé, l'accent est mis sur le nombre très réduit des ressources humaines qualifiées sur toute l'étendu du territoire en générale, et dans certaines localités, en particulier. Il est envisagé d'améliorer les cadres et conditions de travail du personnel de santé pour une meilleure prise en charge des patients.

Au niveau du CHD/B, les autorités ont envisagé de recruter quelques agents de santé pour pallier à l'insuffisance du personnel. 3 personnes sur 4 prestataires, estiment que le personnel qualifié est insuffisant, eu égard au statut actuel du CHD/B. Par ailleurs, la comparaison des données actuellement existant au CHD/B avec l'effectif minimum de personnel qualifié proposé, dans un centre Hospitalo-universitaire, donne au dénominateur 405 agents spécialisés et 181 au numérateur, soit 45% seulement de l'effectif minimum proposé. Ce qui montre effectivement l'existence d'une insuffisance criard.

PARAGRAPHE II/ VERIFICATION DES HYPOTHESES ET ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC

A ce niveau nous parlerons de l'évaluation des résultats des enquêtes et de l'établissement du diagnostic.

I/ Vérification des données

La vérification des données a été essentiellement qualitative compte tenu des problèmes spécifiques relevés.

A la question de savoir ce qui explique l'insuffisance de médicaments utilisés en urgence 3/4 des personnes ressources ont avancé les causes que nous avons soupçonnées. Ces causes ont rapport aux insuffisances de ressources financières, aux ruptures de stock du fournisseur principal puis à la non autorisation d'approvisionnement chez d'autres fournisseurs. Ces personnes ressources ont affirmé que le réapprovisionnement du stock de produits pharmaceutiques est tributaire de la disponibilité de ces produits à la CAME. La non disponibilité de l'agent qui se charge de l'archivage de ces bons de commande et bordereaux de livraison ne nous a pas permis d'y accéder. Mais actuellement le CHD/B s'approvisionne chez d'autres fournisseurs pour certains produits.

A la question de savoir ce qui explique l'insuffisance et la faible performance du plateau technique du CHD-B, les réponses données par les personnes ressources, coïncident avec celles que nous avons avancées ci-dessus : à savoir, le non respect des engagements par le Ministère de tutelle.

Mais à la question relative aux mauvaises conditions d'hospitalisation des patients au CHD-B, 21 personnes des 34 interrogées soit 62%, avancent que ces problèmes ne dépendent pas uniquement des moyens en tant que ressources,

mais dépendent aussi des comportements des agents que la qualité des ressources humaines pourra corrigée.

Toutes les personnes ressources s'accordent à dire qu'à l'insuffisance du personnel qualifié dans les services du CHD-B, il faut ajouter l'indisponibilité du personnel qualifié existant, du fait du cumul d'attributions.

II- Etablissement du diagnostique

Du fait que le CHD/B est un établissement public, les conditions d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients dépendent du Ministère de la Santé et des prestataires. Le respect des normes en matière de personnel à mettre en service d'une part, et les normes et standards en matière des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance d'autre part, sont indispensables à chaque niveau de la pyramide du système sanitaire du Bénin.

SECTION 2 : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

Dans ce paragraphe, nous proposerons des solutions susceptibles de contribuer à l'éradication ou tout au moins à l'atténuation des causes qui sont à l'origine des différents problèmes soulevés ainsi que les conditions de leur mise en œuvre.

PARAGRAPHE –I : Approches de solutions

Ces approches de solutions sont liées aux différents problèmes spécifiques. Le diagnostic ici établi révèle les déconvenues que subissent les patients victimes du troisième retard, celui lié à la prise en charge. En effet, le temps mis par les patients évacués avant d'être pris en charge dans ce centre de référence est souvent assez long (temps mis pour aller chercher les médecins). L'indisponibilité des médecins déjà en nombre insuffisant, constitue le problème capital. Les ruptures de stocks des produits pharmaceutiques utilisés dans les cas

urgents, le plateau technique souvent pas performant, les mauvaises conditions d'hospitalisation et l'insuffisance du personnel qualifié sont les problèmes spécifiques.

I/ Approches de solution aux problèmes spécifiques N°1 et N°2

1) Approches de solutions au problème spécifique N°1

Les approches de solutions au problème spécifique 1 sont celles qui vont assurer la permanence des médicaments et consommables médicaux dans la pharmacie du CHD/B. Il est, dans un premier temps, question de trouver des moyens d'enrayer les causes de rupture de stocks, externes au Centre et amputable à la gestion de la CAME et de la SOBEGI. Dans un deuxième temps il s'agit de supprimer les causes de rupture de stocks internes en multipliant les chances d'obtention de subventions et en réorganisant la gestion des stocks.

Pour ce faire le CHD-B doit organiser sa politique d'achat de produits pharmaceutiques, en procédant de la façon suivante :

- Identifier les produits pharmaceutiques faisant objet de ruptures fréquentes, de même que ceux qui n'en font pas.
- différencier ces produits en deux groupes G1 et G2. Au groupe G1 sera affecté les produits dont la rupture est fréquente et ceux dont la rupture est rare concernent le group G2. Cette séparation permettra de savoir le mode de gestion des stocks approprié à chacun de ces deux groupes de stocks. De ce fait, le stock d'alerte du groupe G1 déclenchera plus tôt le processus de commande par rapport à celui du groupe G2. Il faut savoir que le stock d'alerte est la quantité de médicaments à consommer entre le moment où le processus de réapprovisionnement est lancé jusqu'à la mise à disposition de la nouvelle livraison, auquel on ajoute un stock appelé stock de sécurité. Ainsi, nous suggérons un stock d'alerte suffisant, en envisageant les hypothèses pessimistes

que sont une consommation accélérée ou un délai de livraison anormalement prolongé.

2) Approches de solutions au problème spécifique N°2

A ce niveau, les solutions restent tributaires du respect des engagements et des promesses faites par l'Etat représenté par le Ministère de la santé. L'élaboration et la mise en œuvre des normes et standards en matière d'infrastructures et équipements, par le Ministère de la Santé, concernant les hôpitaux de deuxième référence et les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), permettra de résoudre ce problème spécifique.

II/ Approches de solutions aux problèmes spécifiques N°3 et N°4

1) Approches de solutions au problème spécifique N°3

Il est établi qu'il s'agit de l'affluence des patients qui détermine le troisième problème spécifique.

Les solutions que nous proposons à ce problème sont les suivantes :

- ❖ la réorganisation du planning du personnel médical par lui-même pouvant assurer leur encore plus leur disponibilité dans le Centre, afin de renforcer l'effectif des équipes de garde.
- ❖ Innovation des mesures incitatives au travail, afin que tous les agents se mobilisent pour des prestations de soins de qualité.
- ❖ Constitution d'une équipe dynamique de maintenance suffisamment outillée au CHD-B.
- ❖ Planification des formations (à l'étranger si possible) des membres de cette équipe à l'utilisation et à la maintenance du parc équipement du CHD-B
- ❖ La maintenance préventive qui consiste à intervenir périodiquement sur les équipements et installations afin de garantir leur fonctionnalité. C'est une politique qui permet de :
 - réduire les coûts de maintenance curative ;

- accroître le nombre des équipements fonctionnels pour la satisfaction des utilisateurs ;
- accroître la sécurité des équipements et des installations sensibles.

Il faut reconnaître que la mise en œuvre d'une maintenance préventive à moindre coût nécessiterait l'existence d'un service de maintenance disposant d'un personnel formé sur les équipements du CHD.

2) Approche de solution au problème spécifique N°4

L'une des solutions au problème spécifique relatif aux ressources humaines qualifiées consisterait à affecter ou recruter en grand nombre des spécialistes, du fait de la délicatesse et du caractère épuisant de ce métier.

L'expérience de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HOMEL) est celle que l'Etat devrait expérimenter. Il s'agit de l'appui de l'ONG (PARSUON) des Médecins du Monde géré par la Belgique, dont l'objectif était de contribuer à améliorer la santé génésique de la population ciblée par l'intervention. Cet appui avait pris en compte non seulement la logistique mais aussi la motivation du personnel. Ce projet a été exécuté pendant trois ans de Janvier 2001 à Décembre 2003.

PARAGRAPHE II / CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS

Il s'agit ici des suggestions à faire en vue de la mise en œuvre des solutions ci-dessus proposées. Ces suggestions sont à l'endroit des autorités du CHD-B ; de la DDS Borgou et du ministère de la Santé.

I/ Suggestions à l'endroit de la direction du CHB-B et de la DDS/B :

- ❖ à l'endroit de la direction du CHD/B

- Réorganiser les plannings de garde et de permanence au regard de l'insuffisance du personnel qualifié. Afin de permettre la continuité des soins médicaux.
- Instituer des mesures incitatives pour motiver le personnel au travail.
- Elaborer et afficher les procédures d'administration en vue d'améliorer les prestations.
- Initier une analyse approfondie de la situation des services médico-techniques du CHD Borgou en vue des actions pour la réduction des décès.
- Doter en permanence les salles de réception des urgences en trousse d'urgence complètes, qui ne se limiteraient pas seulement aux abords veineux.
- Garantir la disponibilité des médicaments et consommables médicaux surtout pour la prise en charge des urgences.
- Revoir la procédure de réapprovisionnement des médicaments et des consommables médicaux.
- Insister et obtenir la prise en compte des agents contractuels des centres de santé par le budget de l'Etat, afin d'alléger les charges salariales de manière à créer des facilités financières permettant le ravitaillement régulier du CHD-B en médicaments.

❖ *à l'endroit de la Direction Départementale de la Santé.*

- Dynamiser les acquis obtenus des programmes ou projets d'appui des partenaires au développement, en ce qui concerne la qualité des soins dans le Borgou et au CHD en particulier.
- Donner des sanctions positives pécuniaires et/ou écrites (lettre de félicitations et affiches) à l'issue des supervisions, au bénéfice des services performants.
- Appuyer la formation des membres de l'équipe de maintenance du CHD-B

II/ Suggestions à l'endroit du Ministère de la Santé

- ❖ Elaborer les normes et standard en matière d'activité, d'effectif de personnel, d'infrastructure et d'équipement pour tous les CHD en général

et particulièrement pour le CHD/B qui est un Centre Hospitalier Universitaire.

- ❖ Poursuivre la mise en place de la comptabilité analytique hospitalière de tous les services en vue d'éclairer les prises de décision.
- ❖ Maitriser le secteur pharmaceutique surtout la CAME en renforçant leur capacité.
- ❖ Elaborer annuellement les comptes nationaux de santé.

- ❖ Associer les utilisateurs à la planification des besoins en équipements et les faire adapter aux réalités du centre ;
- ❖ Rendre obligatoire la maintenance des équipements lourds pendant une période précise ;
- ❖ Assurer la formation des utilisateurs et le recyclage périodique des techniciens chargés de la maintenance.



La santé tout comme l'éducation est au centre des préoccupations universelles. Le Bénin y attache du prix, c'est la raison pour laquelle l'Etat béninois met tout en œuvre pour le bon fonctionnement de son système de santé dans les limites des normes et standards existants.

La présente étude nous a permis d'appréhender la situation actuelle du Centre Hospitalier Départemental du Borgou en matière de condition de prise en charge des patients. Les mauvaises conditions de cette prise en charge sont liées entre autre à l'insuffisance de médicaments utilisés en urgence, à l'insuffisance du plateau technique, aux conditions peu adéquates d'hospitalisation et à l'insuffisance du personnel qualifié.

Pour tous ces problèmes spécifiques il a été préconisé des approches de solution dont la mise en œuvre dépend aussi bien des autorités et des prestataires du centre que de la structure hiérarchique supérieure.

Il convient de reconnaître l'existence d'une volonté manifeste des autorités et un engagement fort des acteurs à divers niveaux de responsabilité et des prestataires du centre, à surmonter les difficultés actuelles.

Toutefois nous n'avons pas la prétention d'avoir aborder tous les aspects du problème posé. C'est pourquoi nous attirons l'attention du public et des autorités pour la poursuite des efforts contributifs.

Une réflexion dirigée vers ces horizons ne sera qu'avantageux pour la pérennisation de la qualité des prestations de soins déjà acquises au niveau de cet Hôpital Universitaire.



BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

_ BENANTEUR, Y., ROUINGA, R. et SAILLOUR, J-L. (2000) : « **Organisation logistique et technique à l'hôpital** », Edition ENSP, Paris.

_ Dr ESCANDE J. P. (Novembre 1975) « **Les MEDECINS** » D.L.4^{ème} trimestre 1975 – EDITION ; 4304 Grasset.

_ PHELPS, C. (1995) : « **les fondements de l'économie de la santé** », Edition Publi Uni, Paris.

_ ROBBINS Stephen, De CENZO David, GABILLIET Philippe (Septembre2006) « **Management** » 4^{ém} édition, Paris.

OUVRAGES Spécialisés

_ COMET Paul et R.PIGANIOL. « **L'hôpital public.** » Edition Berger levrault Naney, 1973,194pages. (Collection Administration Nouvelle).

_ **Le Larousse de Poche** (2002) Impression MAURY MANCHECOURT Dépôt léga juin 2001.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

_ Décret n°90-347 du 14 novembre 1990 portant approbation des statuts des centres hospitaliers départementaux et des formations sanitaires assimilées.

_ Arrêté n°10/MSP/dst2 du 19 janvier 1959 portant création de l'ambulance territoriale.

_ Règlement intérieur du CHD-B

ARTICLES PUBLIES

_ Le Matinal, quotidien béninois n°3149 (juillet 2009) « **la référence de la médisance, du rançonnement et du mauvais accueil... récit d'une semaine d'observation a la maternité** ».

_ OFOSOU-AMAAH, Virginia. (1983) : « **Etude sur l'utilisation des agents de sante communautaires** » PUBLICATION DFFSET (OMS), vol.4, n°71, PP10-29.

_ Dr KOMONGUI Didier (2009) « **La gratuité de la césarienne** » émission télévisée Golfe Télévision Cotonou.

MEMOIRES

_ AHOUSSINOU, C. (1998), « **Prescriptions et dispensations des médicaments essentiels sous noms génériques en République du Bénin** », Rapport d'étude, BENIN-COTONOU, pp.26-28.

_ AKPOVO R. (2007) « **Approche pour une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients à l'HZ/AS**», Mémoire, UAC/ENAM/AHUI (cycle II).

_ AZONDEKON, C. (2004) : « **Contribution a l'amélioration de la politique d'approvisionnement en produits pharmaceutiques a la pharmacie du CNHU** », Mémoire, UAC/AHUI, PP26-35.

_ CODO, T. A. (2007) « **Contribution pour une gestion optimale du rendement du personnel administratif du ministère de l'enseignement supérieur et de la formation professionnelle**», Mémoire, UAC/ENAM/GRH (cycle II).

_ COLLEC, C. (2001) : « **l'optimisation de la fonction achat au centre hospitalier pierre le Damany à Lannion** », mémoire, rennes, ENSP.

_ GOUNFLE D. (2007) « **Financement et gestion des services d'explorations diagnostiques des hôpitaux publics : cas du laboratoire du CHD-borgou** », Mémoire, UAC/ENAM/AHUI (cycle II). Page 1,

AUTRES DOCUMENTS.

_ CHD/B(2006) : « **Compte administratif exercice 2007** »Parakou le 30Aout 2007

_ CHD/B(2007) : « **Compte administratif exercice 2007** »Parakou le 30Aout 2008

_ CHD/B(2007) : « **Compte administratif exercice 2007** »Parakou le DRAFT

_ CHD/Borgou/Alibori (exercice2006) « **Rapport d'Activité gestion** » du 1^{er} Janvier au 31 Décembre.

_ CHD/Borgou/Alibori (exercice2007) « **Rapport d'Activité gestion** » du 1^{er} Janvier au 31 Décembre

_ CHD/Borgou/Alibori (exercice2008) « **Rapport d'Activité gestion** » du 1^{er} Janvier au 31 Décembre DRAFT

_ CHD/Borgou/Alibori (2008 exercice) « **Budget du CHD Borgou** »

Approche pour une amélioration des conditions de prise en charge des patients au Centre Hospitalier Départemental du Borgou

CHD/Borgou/Alibori (2009 exercice) » **Budget programme du CHD Borgou** »

CHD/Borgou/Alibori (fin2008) « **Rapport d'inventaire général des immobilisations et matériels médico-techniques du CHD/B** »

CHD PLAN DIRECTEUR Borgou/Alibori, Parakou du 10 au 15 Juillet2000.

DDS, (2008) : « **Annuaire des statistiques sanitaires des départements du Borgou/Alibori**» Parakou OCTOBRE 2008 DRAFT

DDS, (2009) : « **Annuaire des statistiques sanitaires des départements du Borgou/Alibori** »Parakou OCTOBRE 2009 DRAFT

MSP, (2007) : « **Rapport général des états généraux la sante du Benin** »PALAIS DES CONGRES DE COTONOU DU 21 AU 24 NOVEMBRE.

MSP, (2007) : « **Actes des états généraux de la sante au Benin novembre** » PALAIS DES CONGRES DE COTONOU DU 21 AU 24 NOVEMBRE

MSP, (2007) : « **Annexes au rapport des états généraux de la sante au Benin** » PALAIS DES CONGRES DE COTONOU DU 21 AU 24 NOVEMBRE

MSP, (2001) : « **Norme et standards pour la construction et l'équipement des infrastructures sanitaires** », BENIN- COTONOU.

MSP (2002) : « **Politique de maintenance des infrastructures, des équipements médico-techniques et du parc automobile** » BENIN- COTONOU.

MSP, 2003, « **Politique et plans des ressources humaines pour la sante**» Cotonou Juillet 2003.

OMS« **Auto-évaluation des gestionnaires du secteur de la sante** » ARIE ROTEM JOE FAY OMS Genève1987

OMS, « **Renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de sante** » Bureau régional de l'Afrique, Brazzaville.2007

USAID «**Changement des conditions de sante et déclin de la mortalité infantile et juvénile au Bénin** ».