UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI
****

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE
« Espaces, Cultures et Développement »
****
FILIERE : Sociologie-Anthropologie
Option : Sociologie de Développement

THESE DE DOCTORAT UNIQUE POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR

LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE AU BENIN :

Cas du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau à Porto-Novo

Présentée par :
Athanase DEGUENON

Sous la direction du :
Professeur Albert NOUHOUAYI
Enregistrement : N°

MEMBRES DU JURY :

PRESIDENT : AKPO César, Professeur Titulaire, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)

EXAMINATEURS : DANIOU Tamassé Roger, Professeur Titulaire, Université de Lomé (Togo)

AMOUZOUVI Dodji Hyppolite, Maître de Conférences, Université d'Abomey-Calavi (Bénin),

KPATCHAVI Adolphe, Maître de Conférences, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)

DIRECTEUR DE THESE : NOUHOUAYI Jovite Albert, Professeur Titulaire, Université d'Abomey-Calavi

Date de soutenance : 31 Octobre2015 ***Mention : Très Honorable***

Année académique : 2014-2015

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS **Erreur ! Signet non défini.**

DEDICACE 3

REMERCIEMENTS 4

SIGLES ET ACRONYMES 6

LISTE DES TABLEAUX 8

LISTE DES FIGURES 9

LISTE DES GRAPHIQUES 9

LISTE DES ENCADRES 11

ABSTRACT 14

INTRODUCTION GENERALE 15

PARTIE 1: CADRE THEORIQUE ET PRATIQUE 20

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE 21

CHAPITRE 2 CONCEPTS ET REVUE DE LA LITTERATURE 40

CHAPITRE 3 : PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE 99

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE **127**

PARTIE 2: INSTITUTION-ORGANISATION-OFFRE DE SOINS 150

CHAPITRE 5 : LE CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL 151

CHAPITRE 6 : OFFRE DE SOINS 232

PARTIE 3: ENJEUX ET PROMOTION DE LA BONNE GOUVERNANCE *277*

CHAPITRE 7 : ENJEUX DE LA GOUVERNANCE CLINIQUE 278

CHAPITRE 8 : PROMOTION DE LA BONNE GOUVERNANCE 333

PARTIE 4: DISCUSION ET PERSPECTIVES 357

CHAPITRE 9 : DISCUSSION 358

CHAPITRE 10 : PERSPECTIVES 377

CONCLUSION GENERALE Erreur ! Signet non défini.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 417

TABLE DES MATIERES 445

AVANT-PROPOS

La gouvernance hospitalière est en perpétuelle mutation. Et cela est particulièrement vrai au sein des établissements publics de santé au Bénin. Il suffit pour s'en convaincre de constater les grands défis qui attendent les hôpitaux au cours des cinq et dix années à venir, lesquels touchent particulièrement la qualité des soins. Les réformes dans le secteur hospitalier, les rapprochements entre le secteur public et le secteur privé, la contractualisation, l'amélioration des conditions de travail des agents de santé, la réduction du temps d'attente des patients, la diminution du taux de mortalité, la lutte contre les infections nosocomiales, sont autant de dossiers qui impliquent la bonne gouvernance. Aussi, la qualité des soins dépend de la qualité des ressources disponibles et des manières dont elles sont gérées. Elle dépend moins de la quantité des ressources nécessaires contrairement à ce que pensent souvent les prestataires. Elle exige des attitudes positives d'économie, de prévision et d'anticipation en faveur de la continuité des soins et de la durabilité de la structure hospitalière.

La bonne gouvernance hospitalière est celle qui contribue à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins et à la satisfaction des usagers consommateurs. Elle passe par une démarche constante et obligatoire d'évaluation des performances, au regard des objectifs de l'hôpital et des exigences de compétences qu'il requiert. Le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau s'est engagé dans cette démarche pour voir s'améliorer la qualité des soins en termes d'efficacité et d'efficience.

La thèse de Monsieur Athanase DEGUENON, Technicien biologiste et Responsable de la Division de l'hygiène hospitalière au Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau, s'inscrit dans ce cadre institutionnel pour apporter ses contributions au développement de l'hôpital. Nous sommes sensibles aux résultats de la présente étude. Ce document servira à l'élaboration d'un *Projet d'Établissement* et de sa mise en œuvre.

Nous portons nos vifs remerciements à l'École Doctorale Pluridisciplinaire et en particulier au Directeur de cette thèse, le professeur Albert NOUHOUAYI.

Le Directeur du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau.

PEDRO CHARLEMAGNE

Administrateur des hôpitaux
et Directeur du CHD-OP

DEDICACE

A

- Mes feux père Isidore TODJINOU et mère Elisabeth KOUNDE
- Mes enfants DEGUENON Bénédicte, Gabriel Ange Chancy, Merveille, Gloria, Eliath, Mystéria et leurs mères QUENUM Solange, ZODEHOUGAN Gisèle et DANDJINOU Eliane.

REMERCIEMENTS

Tout travail de recherche est l'aboutissement des efforts conjugués de plusieurs acteurs, auxquels nous témoignons ici sincèrement toute notre gratitude. Il s'agit de :

Mes professeurs

Albert NOUHOUAYI qui a dirigé ce travail avec abnégation et sacrifice de soi ;

AKPO César qui nous a fait des propositions utiles pour l'amélioration de la qualité de ce travail ;

TAMASSE Roger de l'Université de Lomé qui a perçu les faiblesses du premier document et fait des propositions d'approfondissement d'éléments théoriques et pratiques dans le document ;

KPATCHAVI Adolphe à qui je dois respect et considération pour ses observations pertinentes en vue de l'amélioration de la qualité de ce travail ;

AZALOU Tingbé Albert qui, de façon toute particulière m'a soutenu continuellement dans la réalisation de ce travail ;

AMOUZOUVI Dodji à qui je dois respect et considération pour m'avoir suivi en DEA et apporté un plus à ce travail par ses observations pertinentes

NOUKPO Agossou et DOMINGO Etienne, pour leurs conseils pendant et après mon séjour au Centre Béninois de la Recherche Scientifique et Technique (CBRST / DRSH à Porto-Novo), sans oublier tous les Professeurs de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire pour la connaissance et le savoir qu'ils m'ont aidé à acquérir.

AGUEH Victoire, professeur à l'Institut Régional de Santé Publique qui, la première, a fait germer en moi le goût de la recherche.

Hautes personnalités politiques et administratives rencontrées

Messieurs Moïse MENSAH, Haut-Commissaire de la Gouvernance Concertée et Benjamin DAKO, Secrétaire exécutif de ladite institution, pour leurs apports d'idées dans la rédaction de cette thèse ;

Monsieur AMOUSSOU-GUENOU Kouassi Marcellin, Professeur agrégé, Directeur National des Etablissements Hospitaliers et de SOINS

Monsieur Charlemagne PEDRO, Directeur du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau et Cyrille GNAHA, Chef du Service des Affaires Administratives et Economiques.

Amis qui m'ont aidé à l'aboutissement de ce travail, notamment :

Messieurs Célestin VODOUNOU et LAWSON Herman qui sont des intervenants providentiels par rapport à la production de ce document ;

Toux ceux qui m'ont donné dans le passé l'expérience et le goût de la recherche, notamment le Professeur GANGBO Flore et le Maître de conférences agrégé AGUEH Victoire ;

Tout le Personnel du CYBER du Conseil des Activités Educatives du Bénin (CAEB) ;

Madame et Monsieur Véronique et Barthélémy DEGUENON qui m'ont précédé dans cette noble aventure universitaire et sont pour moi des références ;

Mesdames et Messieurs Michel DEGUENON, Jean Bosco TODJINOU, Charles TODJINOU, Agathe TODJINOU, Eudoxie, Abdon et Apollinaire DEGUENON qui m'ont entouré de leur affection fraternelle ;

Messieurs SOUNOUVOU François, Jean AFOUTOU pour leur soutien moral;

Madame DANDJINOU Estelle et tous ses enfants, en particulier Eliane à qui je dois beaucoup d'affection ;

Dr LAWASSONOU Joseph, Président du Commission Médicale Consultative, Dr VODOUHE Mahublo Chefs du service de gynécologie et obstétrique ;

Dr Toussaint HOUNNOUKON, Chef du service de pharmacie , Dr Djima ALAO, Chef du service réanimation ; Dr Chakibou ALAO, Mme Carmen VODOUHE, Ms Adrien KIKI, Fatiou YESSOUFOU et Aimé ATIMA et Essoun Wassi tous les membres du Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales (CLIN), Richard KINNENNON, Paulin MONTCHO, Michel HOUEMAGNON, Arnaud AZINNONGBE, Aude ODELOUI, et Régis KPANOU, Didier GBENOU, Moïse EYEBIYI, Fatiou ALAO et tout le personnel du laboratoire d'analyses médicales et de radiologie.

Tout le personnel de la Division d'hygiène hospitalière du CHD-OP.

SIGLES ET ACRONYMES

AGDSD	Agence pour la Gestion de la Dimension Sociale du développement
AQ	Assurance Qualité
CA	Conseil d'Administration
CBRST	Centre Béninois de la Recherche Scientifique et Technique
CDC	Center of Diseases Control
CDHAQ	Cellule de Développement de l'Hôpital et de l'Assurance Qualité
CEN SAD	Communauté des Etats Sahélo-Sahariens
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CMC	Commission Médicale Consultative
CNDD	Commission Nationale pour le Développement Durable
CNHU	Centre National Hospitalier et Universitaire
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CODIR	Comité de Direction
CRCDL	Comité de Réception des Commandes, Dons et Libéralités
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
DD	Développement durable
DDS	Direction Départementale de la Santé
DGAP	Division de la Gestion Administrative et du Personnel
DGMS	Division de la Gestion des Malades et Statistiques
DHAB	Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de base
DHOS	Direction des Hospitalisations et de l'organisation des Soins
DSRI	Déchets de Soins à Risques Infectieux
DNEHS	Direction Nationale des Établissements Hospitaliers
EDS	Enquête de Démographie et de Santé
FENUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FIH	Fédération Internationale des Hôpitaux
HOMEL	Hôpital de la Mère et de l'Enfant
HQE	Haute Qualité Environnementale
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IEC/	Information-Education-Communication /

IFSI	Institut Français des Soins Infirmiers
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
IRSP	Institut Régional de Santé Publique
ISO	Organisation Internationale de Standardisation
MEHU	Ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme
MISAT	Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité et de l'Administration
MSS	Ministère de la Santé et de la Solidarité en France
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PMA	Proportion Minimale d'Activités
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'habitat
SAC	Systèmes d'Actions Concrètes
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMQ	Système de Management de la Qualité
SNIGS	Système National de l'Information et de la Gestion Sanitaire
SSP	Soins de Santé Primaires
T2A	Tarification par Activité
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UA	Union Africaine
UAC	Université d'Abomey- Calavi
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
USAID	Agence des États-Unis pour l'Aide et le Développement

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristique du malaise hospitalier	27
Tableau II : Phases de la conduite de l'approche d'analyse des logiques d'actions	36
Tableau III : Modèle d'approche de la santé-maladie	61
Tableau IV : Densité de la population par département	101
Tableau V : Le réseau hospitalier du bénin	109
Tableau VI : Récapitulatif des transformations structurelles et successives	123
Tableau VII : Rôle des acteurs et éléments de recherche à divers niveaux de la pyramide	130
Tableau VIII : Cadre de revue documentaire	133
Tableau IX : Processus de prise de décision	195
Tableau X : Programmes nationaux du développement du secteur santé	198
Tableau XI : Plan stratégique du développement du Secteur Santé	199
Tableau XII : Performances de l'organisation interne	217
Tableau XIII : Performance de la gestion administrative	217
Tableau XIV : Evaluation de la communication interne	225
Tableau XV : Performance de l'information, de communication, de l'implication des femmes	227
Tableau XVI : Postes et responsabilités attribuées aux infirmiers et sages-femmes	243
Tableau XVII : Evaluation des critères de matériovigilance	263
Tableau XVIII : Motivation en termes de primes	264
Tableau XIX : Facteurs de motivation et de démotivation	271
Tableau XX : Scores de mobilisation des ressources	272
Tableau XXI : Synthèse des scores de performances administratives	273
Tableaux XXII Attentes des usagers	313
Tableau XXIII : Charte de la personne hospitalisée	340
Tableau XXIV : Interface patients et personnel	347
Tableau XXV : Interface pédiatrie et laboratoire	349
Tableau XXVI : Interface maternité et laboratoire	350
Tableau XXVII : Scénario d'outils de projection des ressources	404
Tableau XXVIII : Scénario d'outils d'identification des besoins	405

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Concept et sous-concepts de la gouvernance	**40**
Figure 2 : Champ de l'existence	59
Figure 3: Pyramide des besoins	74
Figure 4 : Roue de Deming	78
Figure 5 : Carte de la République du Bénin : situation de la commune de Porto-Novo	98
Figure 6 : Carte de la Commune de Porto-Novo et situation du CHD-OP	102
Figure 7 : Pyramide sanitaire	109
Figure 8 : Champ de la recherche	127
Figure 9 : Matrice SWOT	147
Figure 10: Structuration du pouvoir de décision	176
Figure 11 : Cadre organisationnel de la DNEHS et du CHD-OP	197
Figure 12 : Niveaux d'élaboration du PTA	204
Figure 13 : Scénario de la vision 1 du nouvel organigramme administratif des hôpitaux	388
Figure 14 : Vision 2 d'une nouvelle structure organisationnelle du CHD-OP	390
Figure 15 : Scénario sur la nomenclature des emplois	403
Figure 16 : Scénario sur le référentiel des emplois	404

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Evolution des équipements hospitaliers dans le temps	**259**
Graphique 2 : Satisfaction du Personnel par rapport à la sécurité et santé	280
Graphique 3 : Degrés de satisfaction du personnel par rapport à l'hygiène des locaux	282
Graphique 4 : Satisfaction du personnel par rapport à l'appui des autorités	284
Graphique 5 : Satisfaction du personnel par rapport à leurs salaires	285
Graphique 6 : Satisfaction du personnel par rapport aux besoins physiologiques	286
Graphique 7 : Satisfaction d'un agent de santé par rapport à son propre travail	287
Graphique 8 : Satisfaction du personnel par rapport à la formation continue	289

Graphique 9 : Satisfaction du personnel par rapport à la gestion des conflits	291
Graphique 10 : Synthèse de l'évaluation des motifs de satisfaction du personnel	292
Graphique11: Histogramme des degrés de satisfaction pour l'accueil	297
Graphique 12 : Satisfaction des usagers pour l'hygiène et l'assainissement	298
Graphique 13 : Satisfaction des usagers pour la qualité des repas	300
Graphique 14 : Histogramme des degrés de satisfaction pour la sécurité des patients	304
Graphique 15 : Histogramme des degrés de satisfaction pour la qualité des soins	305
Graphique 16 : Variation temps d'attente et d'activité à la caisse des recouvrements	306
Graphique 17 : Temps d'activités entre ceux-ci et les agents de recouvrement	307
Graphique 18 : Variation du temps d'attente et d'activités à la pharmacie	308
Graphique 19 : Temps d'activité à la caisse des recouvrements pharmaceutiques	308
Graphique 20 : Courbe des recettes du CHD-OP de 2006 à 2011	315
Graphique 21: Courbe des dépenses de 2006 à 2011	316
Graphique 22 : Charge d'investissement de 2006 à 2011	316
Graphique 23 : Courbe d'évolution des créances	317
Graphique 24 : Courbe d'évolution des dettes de 2006 à 2011	318

LISTE DES PHOTOS

Photo 1 : Hôpital de Porto-Novo dans sa première architecture, début XIXe siècle	112
Photo 2 : Bâtiment ancien d'hospitalisation de la Chirurgie	115
Photo 3 : Une partie de l'hôpital de Porto-Novo entièrement réhabilité (1990-2000)	117
Photo 4 : Nouveau visage de la pédiatrie	118
Photo 5 : Espace ''cuisine,'' un hangar couvert de tôle abrite des foyers économiques	119
Photo 6 : Espace ''bois de chauffage'' : un hangar abrite les bois obtenus par l'abattage	119
Photo 7 : Nouveau bâtiment de la médecine	244
Photo 8 : Nouveau bâtiment de la pédiatrie	244
Photo 9 : Le portail de l'hôpital réhabilité vu de l'extérieur	245
Photo 10 : Le portail de l'hôpital réhabilité vu de l'intérieur	245
Photo 11 : Unité de prise en charge de grands brûlés	246
Photo 12 : Poubelle verte ou noire dans la cour pour déchets généraux	253
Photo 13 : Poubelles jaunes collectées dans les services de soins.	253
Photo 14 : L'espace de collecte des déchets biomédicaux	253
Photo 15 : Four de l'incinérateur électrique.	253
Photo 16 : Cas d'infection nosocomiale sur un enfant en pédiatrie	254
Photo 17 : Remise de cadeau aux agents d'entretien modèles	

LISTE DES ENCADRES

Encadré 1	**Situation des équipements sanitaires du Bénin avant 2011**	**24**
Encadré 2	Programme national du développement hospitalier	95
Encadré 3	Membres du Conseil d'Administration	156
Encadré 4	Tenue d'un Comité de Direction élargie, une arène de pouvoir	159
Encadré 5	Discours de prise de service de l'actuel Directeur	182
Encadré 6	Financement du Secteur Santé	208
Encadré 7	Le gouvernement a-t-il les moyens de faire le RAMU	210
Encadré 8	Note historique sur les obligations du corps médical	236
Encadré 9	Point de vue du Ministre de la Santé sur les équipements sanitaires	256

Encadré 10	Point de vue du Ministre de la santé sur le paiement des primes	267
Encadré 11	Propos d'un infirmier sur l'insécurité	280
Encadré 12	Point de vue d'une aide-soignante sur les comportements des gardes malades	282
Encadré 13	Plainte d'un chef service sur l'état de santé de son aide-soignante	283
Encadré 14	Propos d'un chef de division administrative	289
Encadré 15	Point de vue des usagers sur l'accueil	297
Encadré 16	Point de vue des usagers sur l'assainissement	299
Encadré 17	Point de vue de patients sur la qualité des soins	300
Encadré 18	Comportement des responsables du service des urgences et tris	324
Encadré 19	Contractualisation du service de nettoyage	335
Encadré 20	Contractualisation de la restauration du personnel	335
Encadré 21	Serment d'Hippocrate selon LITTRE	342
Encadré 22	Contenu du Décret n° 640 du 31 décembre 2010	386
Encadré 23	Contenu du Décret n° 25 du 25 Août 2014	

RESUME

L'amélioration de la gouvernance hospitalière est un objectif à atteindre par les managers et les décideurs du secteur santé malgré les rencontres d'orientation, les plaintes des usagers et les résultats d'enquêtes. En effet, le contexte de la présente recherche et les résultats auxquels elle a abouti montrent les forces et les faiblesses de gouvernance hospitalière au Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau. Les insatisfactions se sont exprimées dans plusieurs domaines d'activités : accueil, soins, hygiène, repas, sécurité, etc.

Pour étudier la gouvernance hospitalière, nous avons utilisé plusieurs démarches ou approches méthodologiques. Celles de la santé publique, de la sociologie et anthropologie. Plusieurs aspects y ont été abordés afin de dégager les liens entre la qualité, la durabilité, la viabilité et l'équité.

Plusieurs approches ont été utilisées pour collecter les données notamment la participation aux réunions de Comités de direction élargis aux chefs de services et surveillants des pavillons, l'usage de l'organigramme et du plan de masse a permis de comprendre les évolutions structurelles à travers différentes périodes, des entretiens non structurés, ainsi que l'observation des rôles des acteurs en présence, la consultation des rapports annuels. Les résultats obtenus nous montrent d'une part que, malgré la bonne volonté des managers, l'hôpital public a du mal à offrir des prestations de qualité et son avenir paraît inquiétant tant pour les professionnels que pour les populations bénéficiaires de soins. Les vrais problèmes sont d'ordre économique, financier et culturel, liés à un déséquilibre entre l'offre et la demande de soins. A ceux-ci s'ajoutent une planification trop exhaustive des dépenses et une conscience assez faible de certains professionnels de santé.

Mots-clés : Gouvernance – Qualité – durabilité – Hôpital-Bénin

ABSTRACT

The hospital's good governance is an objective that especially hospital's managers have to reach. Meetings and users complaints and investigations results contribute all to promote the hospital's good governance. However, the context and the results, show that health and hospital establishments are worried and unsettled. Dissatisfactions are everywhere expressed in public hospital activities, such as welcome, hygienic cares, meal and security,
…etc. All is to the detriment of the patients.

In this research, several steps or methodological approaches are used to target the governance value. Between those, we can notify public health, sociological, anthropological, economical approaches. The results show in one hand custom that in spite of the goodwill of managers, the public hospitals suffer of insufficient quality, and the future appears so much troubling for the professionals than the cares beneficiary populations. The reals problems are often economic, financial, and cultural expenses which doesn't take into account the minimum necessary realisable.

(Keys Words: Governance–Quality–durability – Hospital-Benin)

INTRODUCTION GENERALE

L’objectif de la médecine et des professions de santé est social et, en fait, elles sont aussi des sciences sociales » (Sigerist 1941).

Cette citation atteste que l’homme reste et demeure l’objectif des sciences de la santé. Cela reste aussi valable pour toutes les disciplines sociales qui s’occupent de la santé-maladie de la population humaine. Le vocable ‘’ social’’ implique tout ce qui est en relation avec la société dans son ensemble, ainsi que tous les problèmes liés à son organisation.

L’évolution perpétuelle des sociétés entraîne des changements structurels, idéologiques, anthropologiques et psychosociologiques des conditions de vie, de l’état de santé et du bien-être des populations humaines. Un hôpital est tout d’abord un cadre social, une institution, un établissement public ou privé qui reçoit et traite les malades (enfants, hommes et femmes, les blessés et les femmes en couches). Cette vocation fait que l’hospitalité est le fondement de l’existence d’un établissement de santé dans un tel milieu, qu’il soit rural ou urbain. Cela suppose que le besoin fondamental de tout patient qui arrive dans un centre de santé est sa guérison. La structure hospitalière est donc un espace de culture de la vie dans un contexte de dégradation de l’état physiologique et de détresse vitale. Les agents de santé y investissent leurs connaissances et leurs pratiques dans le diagnostic et le traitement des pathologies.

A cet effet, l’hôpital est le cadre de croisement des disciplines fondamentales

notamment la médecine, la philosophie, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie et l'économie de la santé.

Etudier une telle superstructure pour mieux appréhender les réalités qui lui sont propres n'est pas une œuvre aisée. C'est le lieu où se développent les relations entre personnels de santé, usagers et services de santé. La qualité s'y impose à tout praticien, quelle que soit sa catégorie professionnelle. En tant que système culturel, c'est aussi le siège d'un ensemble de pratiques normatives professionnelles, de comportements reflétant la société et plus spécialement les milieux d'où proviennent les usagers et les professionnels du secteur santé.

La présente recherche résulte de la motivation personnelle du doctorant, agent de santé au Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau (CHD-OP) où il a travaillé pendant plus d'une dizaine d'années.

Il s'agit essentiellement d'une Recherche sur un maillon du Système de Santé (RSS) qui consiste à fournir aux gestionnaires les renseignements pertinents dont ils ont besoin pour résoudre les problèmes auxquels ils sont confrontés (CRDI 1993). Celle-ci est orientée vers les problèmes prioritaires en matière de la santé, de nature participative et pluridisciplinaire. Aussi elle vise à trouver des solutions pratiques en temps voulu. Sa nature itérative permet l'évaluation de l'incidence des changements prévus et la révision des politiques de santé. Ainsi, les résultats de cette recherche s'adressent à cinq groupes cibles,

notamment :

- Décideurs (auteurs de politiques et cadres supérieurs du Ministère de la santé);
- Travailleurs de la santé (administrateurs et directeurs d'hôpitaux, travailleurs du secteur santé);
- Chercheurs des universités et instituts de recherche ;
- Partenaires locaux (Collectivités locales, les maires et les préfets) ;
- Partenaires étrangers dans le cadre de la coopération décentralisée.

Enfin, le millénaire actuel et la modernisation des techniques de gestion ont apporté de nouveaux défis au sein du système de santé. Désormais, l'équité, l'éthique et la qualité des soins constituent les objectifs à atteindre pour tout soignant. C'est pour atteindre ces objectifs que les autorités sanitaires de notre pays ont défini des priorités pour la gestion des hôpitaux, dont la prévention, la lutte contre les principales maladies, ainsi que l'amélioration de la qualité des soins.

Cette introduction générale annonce le plan de la recherche qui est le suivant.

Plan du travail

Pour étudier la gouvernance en tant que fait social, nous avons choisi de la décomposer en quatre parties :

La première intitulée Cadre Théorique et Pratique est structurée chronologiquement comme suit :

La définition du cadre théorique (la problématique de la gouvernance et l'accès aux

soins et services hospitaliers, la question de recherche, les hypothèses, les objectifs, les modèles théoriques de référence, le cadre conceptuel, la revue de la littérature et les axes de la recherche ; la définition du cadre pratique par la présentation de la monographie du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau et de la méthodologie de recherche ;

La deuxième intitulée Institution Organisation et Offre de soins, décrit et analyse l'institution et l'organisation hospitalière, les relations de pouvoirs, les organes de cogestion, les acteurs en présence ainsi que leurs rôles. L'offre de soins, y est développée sous l'angle du processus gestionnaire des soins, incluant la fourniture des intrants et les conditions de réalisation. La gouvernance clinique par la description et l'analyse de l'offre de soins. Elle intègre les intrants, la production et la co-production des soins et services de santé, les performances, les attentes et l'autosatisfaction des producteurs de soins et la satisfaction des usages clients ;

La troisième partie intitulée Enjeux et Promotion de la bonne gouvernance, étudie les enjeux psychologiques de l'offre de soins notamment la motivation, la sécurité et la santé, en un mot les besoins essentiels de l'homme en milieu sanitaire.

La quatrième partie présente une discussion et les actions à mener dans la perspective du changement institutionnel et organisationnel.

PARTIE 1

CADRE THEORIQUE ET PRATIQUE

.

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE

Comme cela s'entend, il s'agit d'un cadre théorique qui montre la compréhension que nous avons de la gouvernance et plus spécifiquement de la gouvernance hospitalière au Bénin. En effet plusieurs problèmes ont impacté la dynamique des hôpitaux et ont fait l'objet de réflexion de la part même des décideurs politico-administratifs à tous les niveaux.

1-1 PROBLEMATIQUE

Le chapitre présente la situation actuelle des hôpitaux au Bénin, incluant la modification de son cadre institutionnel, organisationnel et social. En effet, la décentralisation des structures nationales ne s'est pas accompagnée d'un transfert effectif des compétences, ceci limitant les pouvoirs et les rôles joués par les acteurs locaux. Cela n'est pas resté sans impact le développement des structures hospitalières béninoises. Aussi, la restructuration des systèmes institutionnels en Afrique n'a pas épargné le secteur santé. Ainsi au Bénin, la mise en œuvre de la politique de décentralisation des services de santé a renforcé la position des hôpitaux du niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire. Entre les centres de santé des communes et d'arrondissements et les hôpitaux départementaux, des hôpitaux de zones au nombre de trente- quatre ont été construits, équipés et mis en service pour répondre aux besoins de santé des populations.

Devant l'élargissement vers le bas de la pyramide sanitaire sous forme d'éventail, les hôpitaux constituent un maillon essentiel du système sanitaire national béninois. Le contexte actuel montre que leur gestion pose de sérieux problèmes aux gouvernants. Ces problèmes, identifiés au cours d'une enquête nationale effectuée en 2008 par le Ministère de la santé et ciblée sur vingt-cinq établissements publics et privés, se résument en huit grands points notamment :

- La caducité de certains textes régissant les centres hospitaliers ;
- La problématique de la qualité des soins et services offerts ;
- L'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières ;
- inadéquation des infrastructures et des équipements ;
- La problématique de la maintenance des équipements ;
- L'insuffisance de la motivation du personnel;
- L'insuffisance de communication intra et extrahospitalière ;
- La vente illicite des médicaments (VIM) et le rançonnement des malades.

Ce dernier problème est si important qu'il agisse sur les consciences de la génération future d'agents de santé. Par exemple, *une maman qui demande à sa fille ce qu'elle voudrait devenir ; celle-ci lui répond '' je voudrais bien devenir infirmière et la maman réplique « Pourquoi ? », la fille lui répond « pour devenir riche par la Vente Illicite des Médicaments (VIM), vocable devenu populaire au sein des personnels de santé.*

En plus de ces problèmes génériques, nous pouvons signaler les conflits et les crises temporelles qui génèrent des dysfonctionnements de l'hôpital public. Les grèves

déclenchées par les syndicats du secteur de la santé et par les centrales syndicales du Bénin sont liées certes à la non-maîtrise de la résolution des problèmes par les gouvernants. Ces situations ne font qu'éloigner les patients des structures sanitaires ou hospitalières. Lorsque les hôpitaux fonctionnent à plein temps, la mise en œuvre de la stratégie nationale de la gratuité de la césarienne et celle de la prise en charge financière du paludisme ont donné des résultats positifs à plus de 50%. Ces stratégies ont renforcé l'accès des pauvres aux services de gynécologie et obstétrique.

Quelques indicateurs : La fréquentation des services de santé au niveau national en 2012 s'élève à 51,4% dont 23,30% pour les privés et 28,4% pour les publics. Ces proportions révèlent l'importance des structures privées dans la fréquentation des structures sanitaires et l'accès aux soins. Ces chiffres se rapprochent les uns des autres du fait que pendant les périodes de dysfonctionnement ou de rupture de soins au niveau des structures hospitalières publiques, la plus grande partie des patients ont eu recours aux structures privées pour se faire soigner par les mêmes professionnels du public.

Le bilan de la gouvernance hospitalière, présenté brièvement dans '' Le Bénin Émergent, tome 1(2008)'' présente la situation des structures sanitaires publiques en ces termes : « Certaines pratiques non éthiques continuent de miner le secteur santé notamment les structures sanitaires publiques. Le détournement des malades par des médecins, sages- femmes ou infirmiers vers des structures privées de soins où ils exercent de façon complémentaire, la faible

considération pour les indigents, une certaine brutalité dans le contact avec les patients, l'usage informel des matériels publics médicaux à des fins privée, la vente illicite des médicaments achetés par des malades et leur rançonnement, l'abandon des services à des personnels non qualifiés, sont autant de pratiques qui s'observent dans le secteur sanitaire. Au plan matériel, la dégradation et l'abandon de certains bâtiments hospitaliers, quelques années après leur construction à coût de plusieurs millions, donnent l'impression que le bien public n'a pas besoin d'être entretenu pour le rendre durable.

Aujourd'hui, l'hôpital public occupe une place réduite dans l'aide au développement du système de santé (Balique 2004)[1]. L'état des équipements sanitaires en constituent aisément la preuve. Ce constat s'applique exclusivement aux hôpitaux des grandes villes et ne concerne pas les hôpitaux de zone qui ne sont perçus comme des centres de santé plus développés, disposant d'un plateau technique performant et de capacités importantes d'hospitalisation, mais partageant leurs responsabilités avec celles du premier niveau de santé publique et de référence.

Au Bénin, la situation des équipements est critique et précaire comme l'a signalé le Ministre GAZARD KINDE[2] en 2011 sur CANAL 1 BENIN.

[1]Balique Hubert travaille Laboratoire de Santé Publique de la faculté de Médecine de Marseille (hubert.balique@ap-hm.fr; Docteur en médecine, Economiste et Socio anthropologue ; Conseiller technique au Ministère de Santé de Mali.

[2] GAZARD KINDE est professeur agrégé de médecine et Ministre de la santé. Elle a initié des réformes fondamentales au sein du Ministère en 2005.

***Encadré 1** : Situation des équipements sanitaires du Bénin avant 2011*

> *« Notre système de santé est caractérisé par la démotivation, les grèves récurrentes et nous pensons qu'il faut rapidement corriger le tir. C'est pour cela que nous avons effectué dès notre prise de fonction des visites dans plusieurs hôpitaux pour nous convaincre davantage de ce qui est dit. Et qu'est-ce que nous avons rencontré sur le terrain. Des agents de santé complètement démotivés, la vétusté des installations, des équipements non fonctionnels. Au vu de cela, nous avons rencontré le personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Que ce soit les directeurs départementaux ,les anciens ou ceux qui sont sur place, les médecins coordonnateurs, les infirmiers, les sages- femmes et tout le reste des professionnels de la santé pour nous entretenir avec eux et nous avons compris qu'il n'avait pas l'homme qu'il faut à la place qu'il faut. »*
> ***Source : KINDE GAZARD** 2011.*

Cette perception se justifie au Bénin à travers de nombreuses initiatives caduques prises en matière de développement hospitalier, et conduisant à la création *d'éléphants blancs*, c'est à dire de2s établissements sanitaires disposant d'infrastructures modernes, mais incapables de fonctionner correctement et d'assurer leur pérennité par insuffisance de ressources matérielles et humaines qualifiées. Cette situation a mis la plupart des hôpitaux publics dans une véritable impasse. « Marginalisés, voire exclus des plans de développement sanitaire, ils évoluent pour leur propre compte ». Cette tendance est accentuée par le corps médical hospitalier, qui tend à amplifier cet isolement et à faire des hôpitaux où il travaille de véritables « Tours d'ivoire ». On assiste ainsi à une évolution parallèle entre deux mondes séparés par une cloison étanche :

- d'un côté, le monde hospitalier qui est censé constituer la référence scientifique. il représente le modèle professionnel des étudiants en médecine, constitue le pôle normatif des conduites des professions médicales extra

hospitalières et influence le monde politique, particulièrement sensible aux avis des professeurs d'université ;

- de l'autre, le monde de la santé publique qui détermine les choix stratégiques dominants en matière de santé. il bénéficie du soutien politique et financier des organisations internationales, de la majorité des coopérations bi et multilatérales et d'un grand nombre d'organisations non gouvernementales.

Les raisons du choix du sujet et sa pertinence

Le choix du sujet n'est pas le fruit d'un hasard, il se justifie pour deux raisons fondamentales. La première déjà citée est fondée sur ma profession première, celle d'un technicien biologiste ayant servi dans les laboratoires d'analyses biomédicales pendant plus une quinzaine d'années dans l'hôpital étudié, la seconde est celle qui participe à l'évolution du monde scientifique pour apporter un plus à l'évolution des connaissances des outils de recherches sur les superstructures hospitalières. Ce qui préoccupe les chercheurs, c'est de savoir pourquoi une structure qui devrait donner la santé ou la vie deviendrait source de décès et de conflits entre les parties prenantes à sa gestion.

Pour le Ministère de la Santé, ce document est un mémoire collectif, une référence pour les chercheurs en santé publique et un outil d'aide à la prise de décision par les gestionnaires du système de santé. La Direction de l'hôpital pourrait toujours l'utiliser pour mettre en place son Projet d'Etablissement.

La *pertinence* de l'étude relève de fortes pressions exercées sur le système de santé et qui l'ont transformé en profondeur. L'exercice des professions de santé ne peut plus se concevoir uniquement comme une relation individuelle entre un patient et un agent de santé; cela demande des moyens et d'expertises dans un environnement donné qui oblige à le penser comme un phénomène collectif. L'espace de la clinique constitue un véritable système d'actions où doivent se coordonner les pratiques de professionnels autonomes et très spécialisés.

La décentralisation mise en œuvre au Bénin dans le système de santé a renforcé les hôpitaux départementaux dans leur statut d'hôpital de référence après la construction des zones sanitaires au niveau des communes. Cela s'explique par les évacuations de patients des structures sanitaires de base vers les hôpitaux de zone et vers les hôpitaux départementaux. Aujourd'hui, leur gestion pose de sérieux problèmes aux gouvernants. Identifiés au cours d'une enquête nationale effectuée par le Ministère de la santé et ciblée sur vingt-cinq établissements publics et privés, ces problèmes s'expriment en ces points notamment un faible arsenal juridique caractérisé par la caducité des textes régissant les centres hospitaliers et le non-respect des textes existants, l'absence d'une loi hospitalière et le non-respect de l'éthique, une insuffisance de compétences liée à un manque de formation continue pour les agents de santé ; etc. pour ne citer que ceux-là.

Tableau I : **Caractéristiques du malaise hospitalier**

RUBRIQUE	**CARACTERISTIQUES**
MANIFESTATIONS	• Qualité des soins peu enviable • Grogne permanente des patients et des populations à propos des prestations hospitalières • Grèves perlées, retard et absentéisme du personnel hospitalier • Engouement des patients pour des soins ambulatoires ou des hospitalisations dans les hôpitaux privés
CAUSES ENDOGENES	• Gestion peu stratégique du personnel • Obsolescence et non renouvellement d'infrastructures et équipements • Traitement salarial insuffisant du personnel
	• Accueil peu satisfaisant et mauvaises conditions d'hospitalisation des patients • Détournement de consommables médicaux et de produits pharmaceutiques par certains agents • Manque de vision dans la gestion et planification hospitalière peu acceptable
CAUSES EXOGENES	• Manque de volonté et de mobilisation politiques en faveur du développement du Sous-secteur hospitalier • Quasi-inexistence d'une loi hospitalière, • Effets des Politiques d'Ajustement Structurel signés par le Bénin depuis les années et leurs conséquences sur les secteurs vitaux de l'Etat • Insuffisance de la place accordée à l'hôpital dans les Politiques de Développement Sanitaire du Bénin • Réduction des recrutements dans la fonction publique

Formulation du problème : *L'hôpital public, en particulier le Centre*

Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau, souffre d'une mal-gouvernance. Aussi se trouve-t-il ainsi coincé entre trois groupes d'acteurs opposés :

Premièrement, les prestataires de soins qui exercent leurs professions sur la base des normes médicales et techniques, les syndicats des ordres professionnels qui négocient leurs intérêts auprès de la Direction hospitalière.

*Deuxièmemen*t, les cadres administratifs qui contrôlent les ressources et cherchent à s'opposer aux prestataires de soins.

Troisièmement, les usagers externes qui réclament à cor et à cri les soins de santé de qualité et à moindre coût.

Ce problème nous amène à réfléchir et à identifier les déterminants de la mal gouvernance de cette structure. Nous conduisons cette réflexion à travers une série de questions notamment dont l'une fondamentale et les autres secondaires.

1-2 QUESTION DE RECHERCHE

La question fondamentale qui se pose aujourd'hui par rapport à la gouvernance des hôpitaux est la suivante :

'*'Les conditions de mise en place d'une gouvernance hospitalière au Bénin sont-elles capables de générer des soins de qualité, de faciliter le respect du bien commun et de la personne humaine, ainsi que et la satisfaction des usagers ?''*

Cette question fondamentale appelle d'autres questions secondaires, notamment :

- Quel cadre institutionnel et organisationnel faudrait-il pour la gouvernance hospitalière ?
- Quels sont les acteurs, leurs statuts et rôles ?
- Quels sont les dispositifs d'interfaces mis en place pour favoriser le dialogue et la participation collective ?
- Quels sont les enjeux de la gouvernance au Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau ?

Ces questionnements conduisent d'une part à l'identification des grandes préoccupations du Ministère de la santé et à l'évaluation des manières dont le développement hospitalier est conçu; de l'autre à l'évaluation de la gouvernance au moyen des enquêtes de satisfaction auprès des patients, leurs accompagnants, et aussi auprès du personnel hospitalier.

1-3 HYPOTHESES

En rappelant qu'une hypothèse est une proposition qui anticipe sur une relation entre deux termes qui, selon les cas, peuvent être des concepts ou des phénomènes. Elle peut être une proposition provisoire ou une présomption, qui demande à être vérifiée (QUIVY 1995), nous avons retenu de la vérifier par une démarche hypothético-déductive.

Hypothèse générale : L'état de la gouvernance du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau tient des stratégies peu efficientes mises en œuvre dans l'exercice du pouvoir administratif, la gestion des ressources, l'observation des règles de l'éthique et de la déontologie.

Compte tenu de la complexité du phénomène, nous pouvons décliner notre hypothèse générale en quatre sous hypothèses dites spécifiques:

Hypothèses spécifiques : Les hypothèses spécifiques sont exprimées en quatre points, notamment :

- La mal-gouvernance s'explique par un cadre institutionnel et organisationnel peu performant ;
- Les dysfonctionnements des structures d'interface ou de régulation constituent un handicap à la bonne gouvernance ;
- Le non-respect des accords entre les parties prenantes et la faible transparence de certains processus font obstacle à la bonne gouvernance hospitalière ;
- La non-maîtrise des stratégies de résolution des conflits ou celles de conciliation est aussi source d'une gouvernance non-apaisée.

1-4 OBJECTIFS

Objectif général : Améliorer la connaissance de la gouvernance 0Hospitalière à travers l'expérience du Centre hospitalier départemental de l'Ouémé et du Plateau (CHD-OP).

Objectifs spécifiques :

- Décrire la gouvernance administrative sous l'angle de l'institution, de l'organisation et de l'exercice du pouvoir ;
- Analyser la gouvernance sous l'angle de l'institution, de l'organisation et de l'offre de soins;
- Evaluer la qualité de la gouvernance hospitalière à travers le respect des contrats entre les parties prenantes, la satisfaction des attentes des usagers et des prestataires ;
- Contribuer à l'amélioration de la gouvernance hospitalièr8e.

Ces hypothèses et objectifs nous inspirent la référence à des modèles théoriques qui sont des outils mis à notre disposition par des chercheurs spécialistes de la sociologie des organisations.

1-5 MODELES THEORIQUES DE REFERENCE

Plusieurs approches sociologiques permettent d'analyser la gouvernance

hospitalière. Celles qui nous paraissent adaptées à cette recherche sont : l'analyse institutionnelle ou la socioanalyse de *Francis TILMAN (2005) et* Georges Lapassade (2010)[3], l'analyse stratégique de Michel Crozier et Friedberg (1977).

1-5-1 La socioanalyse ou analyse institutionnelle

Il s'agit de l'analyse institutionnelle qui permet d'évaluer les *acteurs*, le *pouvoir et ses enjeux*, ainsi que les *lois.*

L'analyse institutionnelle encore appelée la socioanalyse étudie les groupes d'acteurs et les enjeux de pouvoir au sein d'une organisation. L'hôpital étant constitué d'une pluralité de groupes d'acteurs ou de travailleurs sociaux. En général, les institutions sont constituées de deux types de groupe :

- Un *''groupe objet''* défini formellement par l'institution hospitalière. Ce groupe s'identifie à l'institution et constitue un de ses rouages de fonctionnement. Ce groupe est généralement peu contestataire du fait de sa composition et de sa non-implication directe dans les prises de décisions.
- Un *''groupe sujet''* appelé ainsi du fait de sa capacité de mener selon sa propre volonté certaines actions. Par exemple, une équipe d'infirmière voulant introduire, de sa propre initiative une innovation dans les pratiques de

[3] Georges Lapassade est un agrégé en philosophie. Il s'est aussi formé en psychosociologie. Pour vouloir changer la société, il a écrit sur la bureaucratie à outrance de notre société actuelle « Notre société se bureaucratise, les choix et les décisions tendent à échapper à l'individu, rapté par le système bureaucratique (http://fr. wikipédia.org/wiki/analyse institutionnelle

soins, ou une équipe de médecins qui a réfléchi pour initier des conduites à tenir par rapport à certaines pathologies. Les groupes sujets sont aussi les diverses commissions mises en place par le Directeur de l'hôpital pour réfléchir et proposer des approches de solutions aux problèmes de gouvernance hospitalière.

Au fil des temps, l'analyse institutionnelle s'est intéressée au pouvoir dans la société dans un ensemble et plus seulement au pouvoir au sein d'un établissement. On parle dès lors d'*analyse institutionnelle restreinte* et d'*analyse institutionnelle généralisée*.

Elle est *restreinte* lorsqu'elle mène la réflexion au niveau d'une organisation, en prenant place dans un établissement spécifique. Elle dépasse cette structure en l'articulant à une structure qui assigne à chaque établissement une finalité, des contraintes, des valeurs qui le surdéterminent. Ce surplomb déterminant l'établissement correspond à la notion d'organisation. Le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau appartient à une grande organisation hospitalière à dimensions nationales et son fonctionnement ne peut se départir des règles explicites ou implicites qui la caractérisent.

Elle est dite *généralisée* lorsqu'elle prend en compte l'ensemble de la société en réfléchissant sur les logiques et les enjeux de pouvoirs qui habitent les organisations sociales qui la composent. L'intervention, terme largement diffusé

en sciences humaines est la pratique d'une personne qui se glisse à l'intérieur des représentations des membres de celui-ci et qui les interpelle à partir des grilles de lecture.

En appliquant ce modèle théorique d'analyse à notre étude, nous pouvons accéder après nos analyses aux problèmes spécifiques à la gouvernance du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau. Au-delà des logiques et des rapports de force, cette approche permet de mettre en évidence des « lois générales » à l'œuvre dans les organisations hospitalières du Bénin.

Les institutions hospitalières concilient un fonctionnement d'entreprise avec une mission d'intérêt général qui est la lutte contre la maladie. La gouvernance hospitalière se trouve au croisement de deux approches, l'approche politique/éthique ou l'approche d'entreprise visant à mettre l'accent sur la vision stratégique de l'institution, la légitimité des décideurs et l'intégration de l'institution dans son environnement et l'approche clinique considérant la gouvernance sous l'angle de l'amélioration des conditions de travail des prestataires, de la qualité des soins et services de santé afin de réduction des coûts et d'optimisation des moyens.

1-5-2 L'analyse stratégique

Elle permet de comprendre les comportements sociaux à partir du rôle des acteurs dans une organisation. L'hôpital étant une organisation du point de vue de la

statique et de la dynamique, il peut se définir opérationnellement comme un cadre plus ou moins contraignant, constitué de conflits de rationalités, d'oppositions et d'alliances entre individus et groupes, de processus de pouvoir et donc de mécanismes de régulation des actions. Pour saisir son fonctionnement, le concept d'échange est central et décliné en politique car, il englobe le concept du jeu dans les zones d'incertitude (Crozier et Friedberg 1977**).** Ce modèle considère toute structure d'actions collectives comme un système de pouvoir**.** Le pouvoir étant la capacité d'un acteur à structurer des processus d'échange plus ou moins durables en sa faveur, en exploitant les contraintes et opportunités de la situation pour imposer les termes de l'échange favorables à ses intérêts. C'est aussi la manifestation naturelle et pour tout dire normale de la coopération humaine qui suppose toujours une dépendance mutuelle et déséquilibrée des acteurs. La stratégie des acteurs représente leur position, leur parti dans le jeu. Les stratégies des acteurs sont non seulement fonction de leurs intérêts, mais aussi de leurs ressources.

Un autre aspect de l'analyse stratégique concerne celle **des logiques d'actions.**

Les constituants d'une analyse des logiques d'actions : La logique d'action sont définie à travers une équation élémentaire :

L'acteur[2] *+ la situation d'action = logiques d'action*

Dans l'analyse, l'acteur doit être appréhendé dans ses multiples dimensions : La dimension sociale et historique comme les parcours professionnels individuels et

l'expérience du travail, la dimension stratégique en considérant l'acteur dans ses manières de « jouer tel ou tel coup » en fonction de la représentation qu'il se fait de la situation et des chances qu'il estime être les siennes. En somme, l'acteur est omniprésent même s'il n'est pas omnipotent. La dimension groupale et pulsionnelle relève d'une logique spécifique dont celle de l'acteur rationnel, tant individuel que collectif ne dit rien ou pas grande chose. Le groupe en tant que communauté et se forgeant une identité, est une entité spécifique à réintégrer lorsqu'il est question de retrouver les logiques d'actions à l'œuvre dans une situation.

La situation d'action peut être le contexte historique et institutionnel, l'instance mythique et symbolique et l'histoire de l'organisation (à ne pas confondre avec le contexte historique).

Tableau II: Phases de la conduite de l'approche d'analyse des logiques d'actions

Phase 1 : Contextualisation ou reconstitution du Système d'Actions Concret	Délimitation du contexte institutionnelle et organisationnelle
	Identification des tâches et missions des acteurs
	Repérage des enjeux (les ressources organisationnelles ; les handicaps et les atouts de chacun sont à identifier.
	Un éclairage sur le système de relations
Phase 2 : Possibilités d'accords	Analyse du système de relations et l'examen des justifications et des systèmes de grandeur mobilisés par les uns et les autres
	Identification des espaces de résistance au changement ou la capacité à être acteur du changement.

	Détermination des glissements à opérer pour modifier le système d'actions concret
Phase 3 Conduite du changement	Communication des résultats d'analyse des phases 1 et 2
	Engagement du manager ou gestionnaire dans le processus du changement.

Source : Amblard 2005 et Adapté de Déguénon, 2012

Ce modèle sera utilisé dans le cadre des études sur les négociations entre les autorités dirigeantes avec les acteurs internes et externes de la structure hospitalière concernée. Il intègre aussi les actions de planification qui mettent en exergue les possibilités d'accord entre les différentes parties prenantes aux débats. Si toutes ces parties se mettent d'accord, leur engagement pour le changement est ainsi déterminé. Elle utilise deux autres approches complémentaires pour couvrir d'autres dimensions importantes de l'analyse des organisations. Il s'agit de l'approche systémique qui sert à délimiter le champ d'action des acteurs, c'est-à-dire les limites et contraintes à

l'intérieur desquelles les actions des uns et des autres peuvent se développer.

Les dimensions importantes pour recueillir des informations sur le fonctionnement d'un hôpital sont :

- l'historicité qui comporte les transformations successives de l'hôpital depuis les temps coloniaux jusqu'aux indépendances africaines, les invariants culturels ;
- les sociabilités dans les relations entre personnels de santé, les usagers et le personnel administratif, et de manière plus spécifique les règles formelles que sont les statuts et les rôles, ainsi que le règlement intérieur, les modalités de recrutement, les espaces de rencontre pour les prises décisions ;
- les ressources de l'hôpital notamment les ressources humaines, matérielles et financières ;
- les installations ou équipements, leur répartition, leur financement et leur gestion ;
- les objectifs et les champs de décision notamment la politique globale, les processus de définition d'objectifs ;
- les acteurs en présence, du directeur de l'hôpital et ses collaborateurs administratifs jusqu'aux agents d'entretien, les fournisseurs, les partenaires locaux et extérieurs ;
- L'environnement qui comporte les acteurs extérieurs et les influences sur le

milieu hospitalier.

Les caractéristiques du système fonctionnel sont d'après Mintzberg et Gasparini, (1996) : la division des tâches : Structure fonctionnelle simple, bureaucratisée ; le fonctionnement du pouvoir : direct (le directeur dirige et le pouvoir est réparti), horizontal (répartition du pouvoir au sein des services), vertical (délégation du pouvoir) ; la communication interne : échanges verbaux, informels et formels réunions informelles et formelles, bulletins, journaux, affiches, etc. ; l'organisation des activités par les responsables administratifs et médicotechniques, les commissions les secteurs.

CHAPITRE 2

CONCEPTS ET REVUE DE LA LITTERATURE

Ce chapitre définit les concepts et leurs liens avec la gouvernance. Il présente ensuite une revue synthétique des textes lus dans le but de situer le niveau des connaissances sur le sujet.

2-1 CONCEPTS DE LA GOUVERNANCE

Parmi les concepts, nous distinguons les concepts fondamentaux et les concepts dérivés ou secondaires. Nous développerons ces concepts en montrant leur lien avec

la gouvernance hospitalière. Les concepts fondamentaux étant la gouvernance, l'hôpital, l'institution, l'organisation, le management, le pouvoir, etc. Les concepts secondaires ou explicatifs des premiers à savoir la qualité, la satisfaction, la planification, le suivi et l'évaluation, la performance, la motivation, la durabilité, la. Prévision.

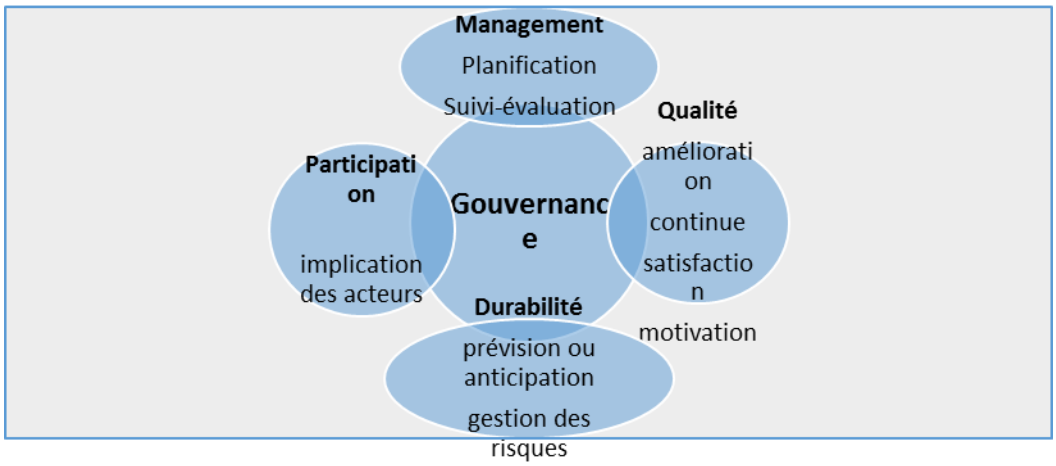


Figure 1 *: Concept et sous-concepts de la gouvernance.* ***Source*** *: Adapté de DEGUENON.*

2-1-1 Gouvernance

Le mot gouvernance tire sa première racine du grec « kubernetes » et de l'anglais « gubernator », désignant celui qui tient le gouvernail d'un navire de guerre et dont l'unique rôle est de surveiller la trajectoire du navire par veille.

Si dans les années 80, la gouvernance désigne ou aborde les Questions liées aux mécanismes nécessaires à la négociation des intérêts différents, aujourd'hui elle s'intéresse le plus à l'exercice du pouvoir politique et au contrôle dans le cadre de l'administration des ressources de la société en vue de son développement

économique et social. Ce pouvoir est exercé dans un cadre social, politique ou structurel (Campbell 2000).

Ce concept a évolué depuis son apparition dans les débats sur la problématique du développement vers la fin des années 1980. Dans les premiers essais classiques en sciences politiques, on parlait du concept de "gouvernabilité" qui plaçait le droit et l'ordre au centre du développement et qui signifiait le remodelage ou la réinvention de la gestion publique dans le sens large du terme pour faire face aux défis du développement à l'ère de la globalisation. De nos jours, il est utilisé pour désigner l'ensemble des mécanismes nécessaires à la négociation des différents intérêts dans la société. Il est de plus en plus perçu comme un concept englobant des mécanismes et processus capables d'aboutir au maintien d'un système social ou d'une superstructure. Les organisations internationales et agences multilatérales se sont dotées de leur propre définition.

Pour le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD 1997), la gouvernance est conçue comme l'exercice de l'autorité politique, économique et administrative dans le cadre de la gestion des affaires d'une organisation. Elle est « une notion objective qui comprend les mécanismes, les processus, les relations, et les institutions complexes aux moyens desquels les citoyens et les groupes articulent leurs intérêts, exercent leurs droits et assument leur gouvernance quand

les ressources sont allouées et gérées de façon à résoudre les problèmes collectifs »

Pour la Banque Mondiale (1992), la gouvernance se définit par l'exercice du pouvoir : "Governance is the manner in which power is exercised in the management of a country's economic and social resources for development"

Des travaux et expériences socio anthropologiques réalisés par Olivier de Sardan et Bierschenk (1998) par exemple, la gouvernance est comme « une *fonction particulière* de l'action collective, de l'autorité ou de la régulation, qui a longtemps été associée à l'Etat, et qui aujourd'hui peut être mise en œuvre par d'autres types d'institutions et d'acteurs ». Cela appelle à privilégier les interfaces locales entre ceux qui délivrent des biens et services publics ou collectifs et les usagers ou destinataires de ces biens et services.

Cette définition confère donc à la socio-anthropologie un périmètre original et vaste de recherche de terrain sur :

- l'ensemble des institutions étatiques et non étatiques, à tous niveaux, qui délivrent ces biens et services et leur fonctionnement quotidien ;
- leurs relations avec leurs publics, leurs usagers, leurs citoyens ;
- la mise en œuvre nationale et locale des actions publiques (qui inspirent, organisent et financent en grande partie cette délivrance), quels que soient les acteurs (Etat, agences de développement, municipalités, secteur

associatif, clercs, entreprises privées) qui conçoivent, mettent en œuvre ou utilisent ces actions publiques ; les écarts et discordances qui existent entre les normes officielles de délivrance des biens et services publics ou collectifs et les normes pratiques qui régulent les comportements des acteurs en charge de cette délivrance ».

Les dimensions de la gouvernance : Ce concept est associé au niveau macro social pour désigner la gouvernance mondiale qui est mise en œuvre par un processus d'élaboration des règles collectives, des décisions légitimées et contrôlées. Lorsqu'elle ne se limite pas aux institutions et organisations officielles qui participent à l'élaboration et à la diffusion des normes et des règles régissant le monde, pour prendre en compte les institutions étatiques, les coopérations intergouvernementales, les lobbies et groupes de pression, des mouvements sociaux internationaux jusqu'aux organisations non gouvernementales, elle devient la gouvernance globale.

Lorsqu'elle intègre des institutions politiques, des acteurs sociaux et organisations privées, dans des processus d'élaboration et de mise en œuvre des choix collectifs, capables de provoquer une adhésion active des citoyens, elle est dénommée gouvernance sociale.

Ce concept est de nos jours associé à l'entreprise pour désigner un système dans lequel la conduite des firmes par un dirigeant est contrôlée par l'ensemble des

acteurs économiques. C'est la gouvernance d'entreprise où ce ne sont pas les seuls propriétaires qui devraient exercer ce contrôle mais les créanciers, les salariés, les clients, les autorités publiques… Cette approche idéale de la gouvernance débouche sur une conception de l'entreprise citoyenne où les décisions managériales sont supposées prises en considération (Charreaux 2010).

Ce concept est aussi relié à un cadre sanitaire à travers duquel les organisations sont tenues pour responsables de l'amélioration continue de la qualité des prestations et services. Celles-ci doivent garantir de hauts standards de soins en créant un environnement dans lequel l'excellence en matière de soins peut prospérer : C'est la gouvernance clinique. Celle-ci suppose la conception, la conduite et l'évaluation de l'action collective à partir d'une position d'autorité. Elle s'appuie sur :

- un système de gestion (ensemble des règles qui définissent les modalités de distribution du pouvoir et des responsabilités) ;
- un système d'information (ensemble des données et de leur système d'exploitation nécessaire pour que le système organisé d'action soit intelligible et transparent à tout moment pour les professionnels, les gestionnaires, les planificateurs, les patients et la population) ;
- un système de financement (ensemble des incitations véhiculées par les modalités de financement du système, les mécanismes

d'allocation des budgets et les dispositifs de paiement des acteurs). La gouvernance hospitalière comme la gouvernance d'entreprise repose sur :

- une vision stratégique partagée sur la base de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des activités menées
- une information fiable ;
- des mécanismes de prise de décisions ; une cohérence entre la compétence technique et le niveau de responsabilité ;
- des organes de contrôle des effectifs, une grande réactivité face aux dysfonctionnements.

Ce concept implique des changements aux trois niveaux où s'exerce la régulation :

- Au niveau macroscopique de l'Etat, la régulation démocratique domine et permet de définir les grands principes organisateurs qui assurent la cohérence de l'ensemble du système. Elle porte sur des questions comme l'envergure de la couverture du régime d'assurance-maladie universelle, la population assurée, la répartition des pouvoirs entre les niveaux de prise de décision, la définition des champs d'exercice des différents professionnels, les formes de financement du système de soins et les articulations entre les politiques intersectorielles de santé et les politiques de soins. Le concept de gouvernance, au niveau macroscopique, renvoie aux idées d'une plus grande

participation directe des citoyens aux décisions, d'une décentralisation accrue pour mieux utiliser et responsabiliser les compétences, de l'adaptation du système de santé aux particularités locales, d'une plus grande ouverture à de nouvelles formes de financement et du recours accru à l'imputabilité pour apprécier les conséquences sanitaires des politiques publiques. «*C'est une véritable révolution de type copernicienne que doit vivre l'hôpital public. Ancienne forteresse enfermant ses propres malades (et leurs dossiers !) et autour de laquelle gravitaient les patients ambulatoires et les autres acteurs de la santé, il va devenir un des éléments qui graviteront autour du patient, dans son parcours de soins coordonné* » (Contandriopoulos 2008).

- Au niveau de l'organisation de l'offre de soins, ce sont surtout les logiques marchandes et technocratiques qui sont à l'œuvre. Elles permettent de définir les modalités d'accès aux services, les responsabilités et les règles de gestion des soins de santé, le contrôle des pratiques professionnelles, les systèmes d'information, les modalités de paiement et la gestion de la qualité.

En d'autres termes, ces deux logiques définissent l'architecture et les règles de fonctionnement du système de dispensation des services. L'espace de régulation qu'elles investissent reste limité, d'un côté, par les grands principes organisateurs du système de santé qui résultent de décisions prises au niveau macroscopique et, de l'autre, par les exigences de la clinique où domine la logique professionnelle. Le

concept de gouvernance au niveau de l'organisation des soins renvoie à l'idée que, pour éliminer les barrières et les rigidités du système actuel, il est nécessaire de fonctionner en réseaux, d'introduire des mécanismes de marché internes, de décentraliser les décisions et de généraliser les systèmes d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité.

- Au niveau du système clinique de l'offre de soins, la logique professionnelle est dominante. Le système clinique est au cœur du système de soins, c'est lui qui permet d'accueillir les personnes souffrantes et inquiètes, de diagnostiquer, de prévenir, de traiter, de pallier, d'observer leurs problèmes de santé et de les orienter dans le système de soins. Le but de la clinique consiste à offrir à chaque personne souffrante les services les mieux adaptés à ses besoins spécifiques (qualité et spécificité) grâce aux connaissances existantes (universalisme) et aux compétences des différents professionnels (efficience) – ce qu'elle réussit à accomplir par l'intégration des soins dans l'espace, dans le temps et entre les professionnels (continuité, globalité et réactivité). Les exigences de la clinique placent les professionnels dans une situation paradoxale : ils doivent, en toute liberté, exercer au mieux leur jugement pour adapter leurs connaissances au cas particulier de chaque patient, mais, en même temps, ils doivent s'assurer que leurs décisions sont fondées sur des connaissances scientifiques reconnues. C'est à cette condition qu'ils seront à

même de pouvoir rendre des comptes des décisions prises en fonction de normes et de critères généraux. Le système clinique se distingue de tous les autres secteurs où l'on offre des services (assurances, banques…) par l'existence d'un noyau irréductible d'incertitude lié au fait que ni le diagnostic ni l'effet des traitements ne peuvent être prévus avec certitude. La logique professionnelle permet de concilier la double exigence de la clinique : faire du « sur mesure » et rendre des comptes en fonction de normes et de connaissances générales.

La question de la gouvernance de la clinique se pose parce que les grandes forces qui s'exercent sur le système de santé ont transformé en profondeur le domaine de la clinique. L'exercice de la médecine ne peut plus se concevoir uniquement comme une relation individuelle entre un patient et un médecin, il demande des moyens et des expertises qui obligent à le penser comme un phénomène collectif se déployant dans des organisations (formelles ou informelles). L'espace de la clinique constitue un véritable système d'actions où doivent se coordonner les pratiques de professionnels autonomes et très spécialisés. Pour concilier coordination et libertés professionnelles, la gouvernance clinique oblige à repenser les formes de la coordination et d'élargir le concept d'autonomie professionnelle.

En résumé, aucune des logiques à l'œuvre dans le système de soins ne

domine de façon absolue et aucun groupe d'acteurs ne peut dicter sa loi aux autres. Chaque logique constitue un langage à part entière, fondé sur sa propre vision du système de soins, de la rationalité qui devrait orienter ses décisions, du fonctionnement qui devrait être le sien, de la place et du rôle des différents acteurs et des relations que ce système devrait entretenir avec le reste de la société. L'enjeu de la gouvernance du système de soins consiste donc à organiser les espaces d'expression et de tension qui existent entre les quatre grandes logiques de régulation, de façon à ce que les décisions prises en fonction de l'une ou de l'autre, par l'un des acteurs du système, soient comprises et perçues comme légitimes par tous les autres. Il s'agit là de la condition sine qua non pour que s'opère une intégration dynamique et cohérente entre les décisions concernant les grands principes organisateurs du système, l'organisation de l'offre de soins et les décisions cliniques.

La gouvernance peut aussi se définir comme la conception, la conduite et l'évaluation de l'action collective à partir d'une position d'autorité. Elle s'appuie sur :

- un système de gestion (ensemble des règles qui définissent les modalités de distribution du pouvoir et des responsabilités) ;
- un système d'information (ensemble des données et de leur système d'exploitation nécessaire pour que le système organisé d'action soit

intelligible et transparent à tout moment pour les professionnels, les gestionnaires, les planificateurs, les patients et la population) ;

- un système de financement (ensemble des incitations véhiculées par les modalités de financement du système, les mécanismes d'allocation des budgets et les dispositifs de paiement des acteurs.

La cohérence entre ces trois systèmes permet à la gouvernance de réaliser les trois grandes fonctions qui la caractérisent, notamment la fonction d'orientation, la fonction de gestion et la fonction normative.

La fonction d'orientation ou de prospective peut se définir comme le processus de production collective de connaissance portant sur le devenir d'un collectif et dont les mécanismes d'apprentissage sont rendus possibles par une forme de gouvernance. La prospective n'est pas seulement un exercice de prévision ou de prédiction, elle consiste beaucoup plus en un exercice « de développement d'une pratique et d'une réflexion collective autour de nouveaux objets de gouvernement Elle vise à transformer, en renouvelant les relations entre les quatre grandes logiques de régulation mobilisées par les différents acteurs du système de soins pour rationaliser leurs décisions (les logiques professionnelles, technocratiques, marchandes et démocratiques).

La fonction de gestion que l'on peut définir «comme la conception et la conduite d'une action collective [d'une organisation ou d'un système] à partir

d’une position d’autorité» vise à maximiser la performance du système. Dans le système de soins, il importe de distinguer la gestion de l’ensemble des services administratifs et techniques, où il est possible et souhaitable de standardiser les activités, de la gestion de la clinique qui doit laisser un large espace à la liberté professionnelle et à l’autorégulation par les pairs.

La fonction normative vise à créer un imaginaire collectif qui favorise la coopération et renforce la légitimité. Pour qu’un système fonctionne, il ne suffit pas de le diriger, de le gérer, de l’évaluer, mais encore faut-il (et peut- être surtout) l’animer.

La complexité de la gouvernance réside dans l’articulation de ces trois grandes fonctions qui demeurent chacune soumises à de fortes tensions :

La prospective entre la prévision et le développement de nouveaux objets de gouvernement, le management entre la gestion managériale et la gestion de la clinique.

La gouvernance est dite hospitalière lorsqu’elle est mise en œuvre dans un hôpital : Du grec *‘’nosos’’* qui signifie *maladie* et ‘’komein’’ qui signifie *soigner*, l’hôpital se définit comme un espace de soins de spécialités médicales, chirurgicales, gynécologiques, etc. ; contrairement aux autres structures sanitaires de petites tailles qui ne réalisent que les soins de santé primaires, ces structures non hospitalières sont appelées dispensaires, maternités, unités villageoises de santé

et appartiennent soit à une commune ou à un arrondissement.

Aujourd'hui le terme hôpital est utilisé en lui associant les attributs public et privé. Il est dit public lorsqu'il est construit et géré par l'Etat ou privé lorsqu'il est construit par une personne physique ou une organisation de la société civile, prenant ainsi le nom de clinique. En conférant à l'hôpital sa vocation socio anthropologique, celle de soigner et de maintenir la vie, nous pouvons lui attribuer les caractéristiques d'une organisation sociale. Il devient alors un système complexe (macro structure), une superstructure faite de plusieurs infrastructures interdépendantes et d'agents identifiés par leurs positions, leurs statuts et leurs rôles. En nous référant au pluralisme de GURVITCH (1963), nous nous permettons d'assimiler l'hôpital à un système d'unités d'observation restreintes que la sociologie peut étudier. Nous pouvons situer l'ensemble du système de santé au plan macrosociologique, les Directions Départementales et les hôpitaux au plan des groupements partiels qui entrent dans la composition de ce système et les relations hospitalières au plan microsociologique. Ce plan microsocial est aussi un système de formes de sociabilité ou divers rapports sociaux et professionnels s'établissent entre les différents acteurs. Les unités d'observation sont ici les infrastructures, les équipes de travail, les syndicats, les délégués du personnels, etc.

Le concept de public qui lui est associé voudrait signifier que c'est un établissement de l'Etat. Il exerce de ce fait une mission de service public au profit

des populations. La notion de service public est une notion homogène qui comporte trois éléments inséparables :

- *une autorité administrative* qui assure la gouvernance par le contrôle du service, la prise des décisions et la gestion des conflits ;
- *une activité d'intérêt général*, qui a pour but la satisfaction d'un besoin collectif, nécessitant une interdépendance entre l'environnement, le social, le politique, l'économique, le culturel, le technologique et le genre ;
- *un régime spécial juridique* qui est le droit administratif.

La complexité de la société et la diversification des attentes des citoyens rendent indispensable l'arbitrage de l'Etat.

Ainsi, l'intérêt général ne peut se dégager que sur la base d'une analyse concrète des situations et d'un consensus exprimé par les différentes parties concernées : usagers, professionnels, décideurs et planificateurs. Une telle démarche ne suffirait pas pour garantir une bonne gouvernance car les contextes peuvent évoluer dans le temps.

Le service public couvre toute activité organisée en vue de satisfaire un besoin d'intérêt général. Il est régi par cinq principes fondamentaux dont trois reconnus à l'unanimité et deux font souvent l'objet de controverses.

Effets liés à la personnalité juridique des établissements hospitaliers : Au sens de

l'article 1er de la Loi n°94-009 du 28 juillet 1994, l'Hôpital est un office à caractère social et scientifique. L'article 2 de la Loi lui confère la personnalité morale et l'autonomie financière (Rapport final Audit institutionnel, organisationnel & fonctionnel du SSH du Bénin 2012).

Le droit indique que la personne physique et la personne morale sont dotées de la personnalité juridique. On en déduit que l'Hôpital est une personne morale de droit public et doté de la personnalité juridique. De ce fait, il est titulaire de droits et d'obligations.

Les effets que produit la possession de la personnalité juridique sont : Par rapport aux droits, l'Hôpital a la capacité d'exercer tous les actes de la vie civile que lui confèrent ses statuts à travers son ou ses représentants légaux ; ainsi peut-il contracter et ester en justice, détenir et gérer de façon autonome un patrimoine fait d'actifs et de passifs par rapport aux obligations. Ainsi, l'Hôpital doit faire face aux effets juridiques résultant de l'exercice de ces droits et qui constituent des créances sur lui, des personnes avec qui il est en relation ; ainsi doit-il produire et offrir des prestations de qualité dans le respect des principes de continuité, d'égalité ou d'équité, d'adaptabilité, d'assurer un environnement de sécurité aussi bien à ses personnels qu'aux malades, de réparer les préjudices découlant de son fait personnel ou des personnes dont il est responsable. Le concept d'hôpital public a évolué avec le temps du fait des réformes qui ont octroyé à l'hôpital une

personnalité morale et une autonomie de gestion. En leur donnant le Statut d'Etablissement Public, les pays africains ont franchi une étape essentielle et incontournable. Cependant, une telle évolution est nécessaire, mais pas suffisante car les réformes hospitalières ne sont pas encore allées en profondeur dans le système de soins. Qu'il soit curatif, préventif ou promotionnel, tout soin doit être considéré comme un « service » en terme économique et sa disponibilité doit être perçue comme le fruit d'une activité de production.

Le concept de la gouvernance est intimement lié à celui du *pouvoir et de l'autorité.*

2-1-1 Pouvoir et autorité

Le pouvoir dérive classiquement des termes latins « potentia » et potestas, atis », tous deux portant les sens de pouvoir, puissance force, faculté, puissance politique, autorité, pouvoir politique. Dans une perspective relationnelle, le « pouvoir de A sur B correspond à la capacité de A d'obtenir que dans sa négociation avec B, les termes de l'échange lui soient agréables » (Crozier 1977). Le sociologue politique allemand (Weber 2002) définit le pouvoir comme « toute chance de faire triompher au sein d'une relation sociale sa propre volonté, peu importe sur quoi repose cette chance ». Il propose ainsi une approche relationnelle et non substantialiste du pouvoir : le pouvoir est une relation et non une substance ou une chose que l'on possède. Les relations de pouvoir stigmatisent les liens entre

gouvernants et gouvernés. Celui qui est pris dans la relation de pouvoir garde une marge de manœuvre, d'adaptation et de négociation.

Le pouvoir de gouverner est en relation avec le concept d'**autorité,** mot dérivant du latin **"***augeo* qui signifie ***faire croître ou augmenter".*** Cette étymologie évoque un dynamisme qui produit, fait croître et parfait les liens qui unissent les êtres humains. Le Directeur d'un hôpital incarne une autorité politique qu'il exerce en fonction des normes et des principes du gouvernement des structures administratives. Le pouvoir et les fonctions sont impersonnels (Duverger 1973), Ils ne dépendent pas du prestige de ceux qui les remplissent et n'ont aucun caractère charismatique (on obéit à un chef de service parce qu'il est le chef de service, au capitaine parce qu'il est le capitaine). La bureaucratie qui désigne le gouvernement par les « bureaux » (Crozier 1963)[4] animés par des fonctionnaires nommés et hiérarchisés, s'efforçant de développer au maximum cette impersonnalité : les titres, les uniformes les règles de discipline étant orientées dans ce sens.

Le pouvoir administratif est la capacité d'une personne nommée à exercer son autorité sur ceux qu'il dirige ou gouverne. Ce pouvoir se manifeste de cinq manières :

- la récompense qui consiste à récompenser les collaborateurs et les

[4] Crozier Michel a étudié le phénomène bureaucratique et a rédigé un Essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisations modernes et sur leurs relations en France avec le système culturel français.

travailleurs pour les bonnes œuvres accomplies ;

- la coercition qui consiste à infliger des punitions aux travailleurs indélicats et indisciplinés ;
- la légitimation qui désigne l'aptitude d'un manager à influencer les
- comportements des subordonnés en raison de sa position officielle dans l'organisation ; Il s'agit une légitimité « charismatique » qui consiste dans le fait que le chef est reconnu comme tel à titre personnel, son prestige et son rayonnement devenant ainsi l'expertise qui exprime l'aptitude d'une personne dont les connaissances spécialisées et les compétences sont reconnus à influer sur les comportements d'autrui ;
- l'exemple qui est l'aptitude d'une personne à influencer autrui en raison du respect, de l'admiration, ou de l'affection qu'on lui porte.

2-1-2 Santé et la maladie

Dans sa perception la plus directe, la santé se confond à l'état complet de bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité (OMS, art 1er de la constitution, 1946). Elle est une réalité complexe, polymorphe et mouvante.

Ce concept apparaît comme un paradigme de l'illusion d'un bien-être complet assuré aux individus qui constituent une communauté humaine. Il équivaut à une

situation d'équilibre et d'harmonie, fondée d'une part sur une des lois de l'équilibre des forces contraires dans un repère constitué de champs de l'existence.

A cette notion de champ de l'existence (Jaspard 1986) ; sont appliqués les principes de la physique, discipline qui précise les lois de l'équilibre des forces et ceux de l'esthétique dont un des éléments principaux est l'harmonie qui résulte des bonnes relations entre un tout et ses parties.

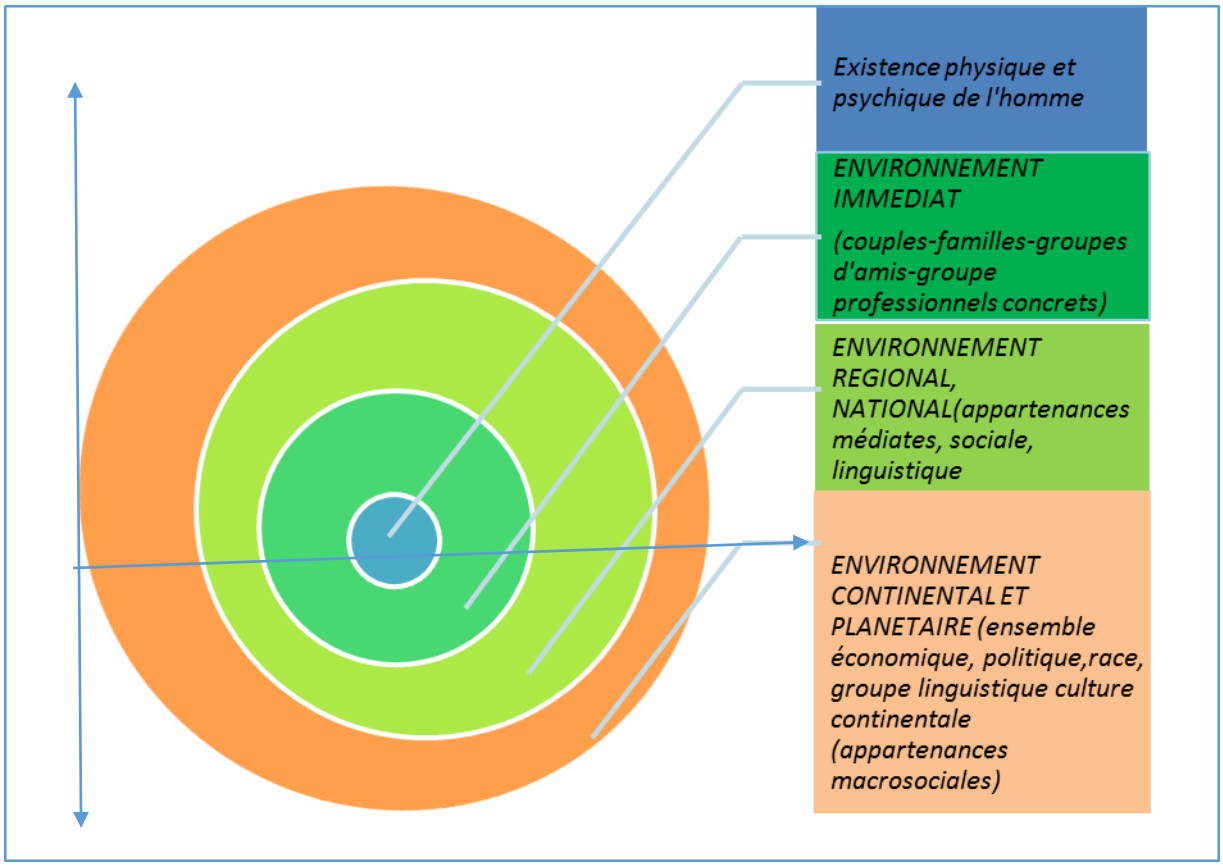


Figure 2 : Champ de l'existence.
Source : d'après Jaspard 1986

Ce modèle présente le bien-être comme une situation d'équilibre et d'harmonie. Il s'agit de sphères concentriques constituant une sphère représentant

notre planète ouverte sur la synchronie d'un double espace (l'espace physique et l'espace social). Il se fonde sur le modèle de la physique qui précise les lois de l'équilibre des forces dans un champ ou espace vectoriel. Il se fonde aussi sur le modèle de l'esthétique dont un des éléments principaux est l'harmonie, issue des bonnes relations entre un tout et ses parties. En cela, il participe des sentiments de l'ordre, de l'unité et du beau. Dans ce diagramme, le sort de chacun est lié à des appartenances médiates ou immédiates.

La notion de santé varie suivant les individus, les civilisations, les époques. A ce propos, la notion de "qualité de la vie", conçue de façon variable selon l'individu ou le groupe social vise à l'atteindre. Cette vie peut être considérée comme un rythme continuel d'interactions, un état d'équilibre instable.

Toutes ces approches définitionnelles nous amènent à présenter le processus de santé comme une histoire d'évènements très complexes et d'influences soit bénéfiques, soit agressives c'est-à-dire qui altèrent les capacités d'adaptation tout en provoquant son vieillissement.

Eu égard à ces réflexions sur ce qu'est la santé, que pourrions-nous dire du sujet malade et de sa maladie ? Nous concevons la maladie comme un désajustement écologique, physiologique, social ou comme une défaillance des mécanismes d'adaptation de l'organisme ou d'un manque de réaction aux stimuli auxquels il est exposé ; le processus aboutit à une perturbation de la morphologie

et/ou des organes, obligeant l'homme à modifier son mode de vie à cause de son incapacité, partielle ou totale. Néanmoins, nous pouvons rapporter la santé comme l'expression d'un besoin et une fois que ces besoins biologiques sont satisfaits, l'homme développe d'autres besoins qui ont peu de rapport avec sa survie en tant qu'espèce. A partir du moment où il n'a plus besoin de se battre pour son pain, il se met à se battre pour ses satisfactions non essentielles. Selon MASLOW (1970), « cette poursuite de l'inaccessible est inséparable de l'actualisation de soi qui est proprement humaine et saine »

Eu égard à ces dimensions, nous pouvons distinguer deux modèles d'appréciation ou d'analyse de la santé : *le modèle biomédical et le modèle social.*

Le modèle « biomédical » fait de la maladie le résultat d'une agression par un agent pathogène, virus, bactérie, produit toxique, processus dégénératif. Cet agent provoque des altérations de l'organisme, génératrices de symptômes qui amènent le malade à consulter un médecin. Selon Deschamp (1985), ce modèle est simple et linéaire. Il considère la santé comme le contraire de la maladie et le médecin comme le pivot du système de soins.

Le modèle «social» s'intéresse d'abord à la santé, comme une résultante des conditions de vie, des influences culturelles, des caractéristiques de l'environnement. Il considère la maladie comme la défaillance de la personne à s'adapter aux contraintes de son environnement et à résister aux agressions ; le

recours aux soins y apparaît déterminé, non seulement par la présence de symptômes, mais aussi par les représentations que le patient et son entourage se font de la santé.

Tableau III **: Modèle d'approche de la santé-maladie**

MODELE BIOMEDICAL		**MODELE SOCIAL**	
L'objet principal est la maladie	Santé vue comme absence de maladie. Le traitement est priorisé sur la prévention.	L'objet principal est la santé	La santé est un état positif basé sur un bien-être. La prévention est priorisée
Doctrine des causes spécifiques	Les séquelles physiques du traitement ou du non traitement reçoivent plus de considération que celles psychologiques, économiques ou de la qualité de la vie	Les personnes doivent être comprise dans une perspective holistique	La maladie est vue comme ayant une cause multifactorielle. Elle est une réponse adaptative à des ruptures.
Nature dualiste de l'esprit et du corps	Le corps est sujet aux mêmes lois naturelles que les animaux et peut être considéré comme séparé de l'esprit	Le corps et l'esprit ne peuvent être séparés.	Le malade a une composante psychologique et physique
Paternalisme	Le médecin sait plus que le patient à propos de sa maladie	Le soignant est une personne ressource. Les pouvoirs du clinicien et du patient sont les mêmes.	L'éducateur est vu comme une personne qui a un savoir et des aptitudes spécifiques
Patient passif	Le patient ne doit pas avoir un rôle actif dans le diagnostic et le traitement	Le patient est actif	Le patient choisit les mesures préventives et thérapeutiques à suivre.

Source : DESCHAMP 1994

Pour accomplir sa mission de soin de santé, les ressources de l'hôpital doivent être bien managé l'hôpital est managées ou gérées.

2-1-3 Management et gestion

L'un ou l'autre consiste à « faire que les choses soient faites, Mais avant de les faire, il faut les dire, c'est-à-dire ce qu'on veut accomplir, c'est-à-dire ce qu'on veut accomplir, c'est-à-dire les objectifs.

Le management des services de santé repose sur six principes notamment :

- La gestion par objectifs, qui permet de savoir ce qui doit être fait, combien doit-il être fait, où et quand cela doit être terminé ; L'apprentissage par expérience, qui implique une comparaison systématique des buts ou des objectifs avec l'accomplissement réel, ceci dans les domaines du personnel, du matériel et des ressources budgétaires ;
- La division du travail, qui permet de maintenir un équilibre dans le travail d'équipe et dans l'emploi efficace des autres ressources ;
- La convergence du travail, qui implique la prévision et la réalisation des activités professionnelles afin que les objectifs soient atteints. Ceci implique que les activités soient ordonnées logiquement selon une séquence déterminée à l'avance ;
- Les fonctions déterminent la structure, suppose que les décisions doivent être prises au moment et au point où c'est nécessaire et par la personne la

plus qualifiée. Cela implique d'une part la possibilité constante de la délégation ou de la permission de faire assumer à quelqu'un, d'autre part la possibilité constante de la délégation ou de la permission de faire assumer à quelqu'un d'autre ce qui revient naturellement au plus responsable ;

- La circulation de l'information utile, qui permet une surveillance et un contrôle de la gestion. Il faut se garder des informations inutiles ou périmées. L'utilisation correcte de l'information doit mener à fixer les priorités et les réorientations nécessaires. la fonction de gestion comporte donc trois fonctions principales : la fonction d'élaboration qui prend en compte les objectifs et la programmation, la fonction qui prend en compte les objectifs et la programmation, la fonction d'exécution qui inclut les activités de terrain ou des différents services et la fonction d'évaluation par rapport aux objectifs.

Lien entre ce concept et la gouvernance : Ce concept explique la gouvernance et la décline en termes de stratégies. La gouvernance n'est pas sans la mise en œuvre des fonctions ci-dessus présentées.

Le management et la gestion sont intégrés à une politique et à un ensemble de stratégies

Politique de santé : La politique de santé est un ensemble fortement charpenté de décisions devant amener un changement souhaité. Elle repose sur un système

d'information sanitaire convenable qui doit permettre l'amélioration de la capacité décisionnelle nationale. Elle suppose une planification et un management des services.

2-1-4 Planification

Elle consiste à réfléchir avant d'agir, concevoir et formaliser les actions à entreprendre pour la réalisation d'un programme qui s'inscrit dans une vision globale, fixer les objectifs à atteindre et déterminer les moyens de leur mise en œuvre. Ces trois étapes sont nécessaires et intimement liées et caractérisent l'Action Humaine et la pratique sociale. Elles constituent le mode d'expression le plus évident et le plus puissant de l'intelligence, la, plus précieuse des facultés que le Créateur nous ait données ; c'est-à-dire la pensée qui précède et éclaire l'action, permettant à l'être humain de prévoir et d'organiser, en se projetant au-devant et au au-delà de lui-même, dans le temps et dans l'espace.

Eu égard à cette définition générique, la planification sanitaire consiste à choisir, organiser, et évaluer les activités de santé, afin de mieux répondre aux besoins réels de santé des populations, en tenant compte des ressources disponibles. Le plan présente un ou plusieurs programmes d'application plus ou moins étendue. Ces programmes comportent des objectifs opérationnels qui aboutissent à une série de projets pour lesquels la recherche de ressource sera entreprise.

2-1-5 Institution et organisation.

L'institution est le fondement au regard des lois, l'établissement d'une règle valide pour tous. La problématique de l'institution est liée à celle de sa fondation, une fondation solide ou stable. L'institution est le résultat de cette fondation. Elle est caractérisée par des modalités juridiques, des compétences au regard d'une mission et des moyens humains, techniques ou financiers. Au sens anthropologique du terme, l'institution va bien au-delà des considérations précédentes parce qu'elle constitue » la réponse conférée au faisceau hétérogène de choses que l'on considère comme éléments d'un même ensemble. Pour cela, elle apparaît lorsqu'on ne pose plus la question de savoir d'où vient la manifestation visée.

Dans ce travail, nous considérons *l'institution* comme un ensemble de textes qui fondent l'hôpital. Dans sa description ce travail en tant qu'institution, nous présenterons les lois, les décrets, les arrêtés portant statut des hôpitaux et leurs missions, etc. L'analyse institutionnelle montrera la dynamique de ces textes. Les évolutions constatées au niveau de la structure sont liées à cette dynamique pensée et mises en œuvre.

Quant *à l'organisation***,** elle est la matérialisation de la conception d'un équilibre entre les logiques structurelles et les conduites des agents qui les animent. Elle vise à réaliser des objectifs spécifiques dans le cadre de l'efficience, mettant ainsi l'accent sur des éléments comme la hiérarchie, la coordination et la cohésion.

Elle se réalise dans le cadre d'un statut juridique conventionnel, celui du droit des sociétés, qui vient en constituer le cadre institutionnel (Fayol 1999).

L'outil indispensable utilisé pour analyser l'organisation est l'organigramme structurel et fonctionnel. Cet outils premièrement met en relation les éléments du plateau technique entre eux soit au même niveau ; soit suivant une hiérarchie du haut vers le bas et inversement. Il permet de réaliser une sociométrie entre les divers acteurs du même niveau ou de niveaux différents.

La singularité de l'organisation relève des questions débattues dans le champ du comportement organisationnel :

- La personnalité, l'identité, les attitudes et les comportements dans l'organisation ;
- La communication ;
- Les motivations ;
- La hiérarchie, la coordination, la coopération et le conflit ;
- Le pouvoir, le leadership et le rôle des managers ;
- La délégation et l'autonomie ;
- la culture ;
- la flexibilité ;
- le changement ;
- l'apprentissage organisationnel, etc.

Ces questions relèvent du management des organisations. Elles ne peuvent être occultées dans une telle étude où elles représentent les contenus thématiques de la gouvernance ou de l'exercice du pouvoir.

Le but de la gouvernance est d'améliorer de façon continue *la performance* du système de santé et des organisations qui le composent et de pouvoir rendre des comptes sur sa réussite. Parler de la gouvernance oblige donc à opérationnaliser le concept de performance d'une façon telle qu'il permette de rendre des comptes sur le système de santé et les organisations qui le composent dans toutes leurs dimensions et en tenant compte de leur complexité. La conception et l'opérationnalisation de la performance doit être en cohérence avec la complexité de la conception et de la mise en œuvre de la gouvernance que nous avons évoquée dans les sections précédentes.

Or, le concept de performance n'est pas compris de la même manière par tout le monde. Chaque conception reflète une compréhension particulière du fonctionnement des systèmes et des organisations. Une organisation peut être performante selon un modèle, mais non performante selon un autre. Par exemple, selon le modèle rationnel, une organisation est performante lorsqu'elle atteint ses buts. Par contre, selon le modèle d'acquisition des ressources, la performance d'une organisation se manifeste par sa capacité à s'adapter à son environnement et à innover. Pour certains, la performance consiste à produire avec productivité et

qualité alors que pour d'autres, il suffit de faire mieux que les concurrents. La performance apparaît ainsi comme étant un concept multidimensionnel, paradoxal et contingent. Une façon de considérer ces trois caractéristiques est de partir de l'idée que pour être performant un système ou une organisation doit en permanence assumer quatre grandes fonctions : atteindre des buts légitimes, s'adapter à son environnement, produire avec qualité et maintenir et créer des valeurs.

L'atteinte des buts traduit la capacité de l'organisation à réaliser sa mission. Cette fonction dans le domaine de la santé consiste à mesurer la valeur ajoutée sur la santé des interventions considérées (système de santé, établissements, programmes cliniques). L'adaptation représente la capacité de l'organisation d'acquérir et de contrôler les ressources dont elle a besoin. Elle réfère à la capacité de l'organisation à acquérir des ressources financières et humaines, à innover, à se transformer, à s'adapter aux besoins de la population, à attirer les clientèles et à mobiliser la communauté.

La production correspond aux processus de production des services individuels et des interventions collectives. On parle ici de volume de soins, de services et d'activités, d'intensité, de qualité et d'optimisation des processus de production. La production réfère aussi à la coordination et à la continuité des services, à la collaboration entre les milieux cliniques et administratifs et à l'utilisation hiérarchique des niveaux de soins et de services.

Le maintien et la création des valeurs et des normes au sein de l'organisation facilitent ou contraignent la réalisation des trois fonctions précédentes. Les valeurs produisent du sens, de la cohésion ou de la confusion organisationnelle. Les valeurs permettent d'orienter et de justifier les choix, de soutenir les projets de développement, ainsi que les diverses revendications en regard de la prestation des soins et des services. Trois grandes valeurs orientent le système de santé et de services sociaux : l'équité, la liberté et l'efficience.

L'équité combine les notions d'égalité et de solidarité en leur ajoutant une dimension normative, qui tend à assurer une répartition juste d'un droit fondamental (la santé) entre des individus, des collectivités ou des entités géographiques. La liberté renvoie à trois notions :

L'autonomie d'action (pouvoir choisir librement sans nuire aux autres) ; l'indépendance d'action (avoir les ressources pour faire ses choix) ; l'intégrité et la dignité de la personne.

L'efficience, qui met en relation les résultats et les moyens mobilisés pour les atteindre, devient une valeur lorsqu'elle s'applique en vue d'utiliser au mieux les ressources publiques pour maximiser un avantage collectif ou pour rendre des comptes sur les décisions.

En somme, selon la perspective globale et intégrée qui vient d'être évoquée, la performance d'un système ou d'une organisation est un construit

multidimensionnel qui devrait permettre aux différentes parties prenantes de débattre et d'élaborer un jugement sur les qualités essentielles et spécifiques du système ou de l'organisation en fonction de leurs croyances, de leurs connaissances, de leurs responsabilités, de leurs intérêts et de leurs projets, pour contribuer à sa gouvernance.

La performance d'un système ou d'une organisation se manifeste par sa capacité à réaliser sa mission (*goal achievement*), à s'adapter à son environnement (acquérir et contrôler des ressources, répondre aux attentes de la population), à produire des services de qualité avec productivité et à maintenir ou développer des valeurs communes (culture organisationnelle).

Elle se manifeste aussi par sa capacité à établir et à maintenir une tension dynamique entre la réalisation de ces quatre fonctions. L'appréciation de la performance repose ainsi, non seulement, sur la mesure d'indicateurs de réussite dans chacune des quatre fonctions de l'organisation, mais aussi sur le caractère dynamique de la tension qui existe entre les quatre pôles, c'est-à-dire sur la capacité d'orchestrer les échanges et les négociations entre les quatre fonctions par les différents acteurs. Enfin, la performance d'une organisation ne peut se concevoir qu'en relation avec la performance de chacune de ses composantes et avec celle du réseau constitué par les autres organisations avec lesquelles elle interagit. C'est seulement dans la mesure où la performance d'une organisation contribue à la

performance du réseau auquel elle appartient qu'elle est véritablement performante. La gouvernance s'exerce dans une administration. Celle-ci étant une science qui s'associe à celles de la gestion ou du management des organisations. Ces sciences conçoivent l*'administration* comme un objet de gestion, une opportunité de gérance à laquelle on applique la pyramide des besoins pour le développement global. Ceci implique que le terme va largement au-dessus du bloc, de staff ou de personnel. L'administration publique est l'ensemble des divers secteurs ou domaines socioéconomiques et politiques relevant de la responsabilité directe de l'Etat central. Elle couvre tous les secteurs et son organisation dépend du Ministre de la fonction publique et /ou de la réforme administrative et institutionnelle, et du Ministre des finances et de l'économie pour le traitement salarial des agents.

L'administration publique regroupe tous les agents permanents de l'Etat, tous les agents contractuels ou occasionnels de l'Etat.

L'administration est la machine qui met en œuvre la gouvernance dans les institutions publiques. C'est le cas de l'administration hospitalière qui doit être celle du développement par l'institution d'un réel cadre de dialogue et de concertation.

Le bon fonctionnement d'une administration ou d'une institution dépend de comment les administrés sont motivés ou engagés dans la réalisation des tâches.

2-1-6 Motivation

Selon Maslow (1970), Les *motivations* d'une personne résultent de l'insatisfaction de certains de ses besoins. Ses travaux permettent de classer les besoins humains par ordre d'importance en cinq niveaux. Nous distinguons :

A la base, se trouvent les besoins fondamentaux, ceux qui contribuent au maintien de la vie (physiologiques) comme la respiration, l'alimentation, le maintien de la température, le repos et le sommeil ;

L'étage qui suit comporte les besoins psychologiques de sécurité, de propriété et du pouvoir sur l'extérieur (la maîtrise de soi) ;

Le troisième est représenté par les besoins sociaux d'affectivité, d'estime de la part des autres et d'appartenance ;

Le quatrième et le cinquième comportent les besoins dérivés ou secondaires car, si ceux définis dans les trois premiers sont satisfaits, les restes qui expriment l'estime et la réalisation de soi sont d'emblée satisfaits.

Par exemple, ce besoin domine jusqu'à sa satisfaction. Une fois qu'un besoin est satisfait, son rôle motivationnel perd de son importance. Toutefois, un autre besoin émerge alors progressivement pour en prendre la place, si bien que les humains s'efforcent en permanence de satisfaire un besoin. Pour la majorité des humains, le réseau de besoins est très complexe et plusieurs besoins influent sur le comportement à tout moment. En général, il faut satisfaire les besoins du niveau inférieur de la

pyramide afin que l'activation des besoins du niveau supérieur soit suffisante pour diriger la conduite. Les modalités de satisfaction des besoins sont plus nombreuses pour les besoins du niveau supérieur que pour ceux du niveau inférieur. Ce classement correspond à l'ordre dans lequel ils apparaissent à l'individu ; la satisfaction des besoins d'un niveau engendrant les besoins du niveau suivant.

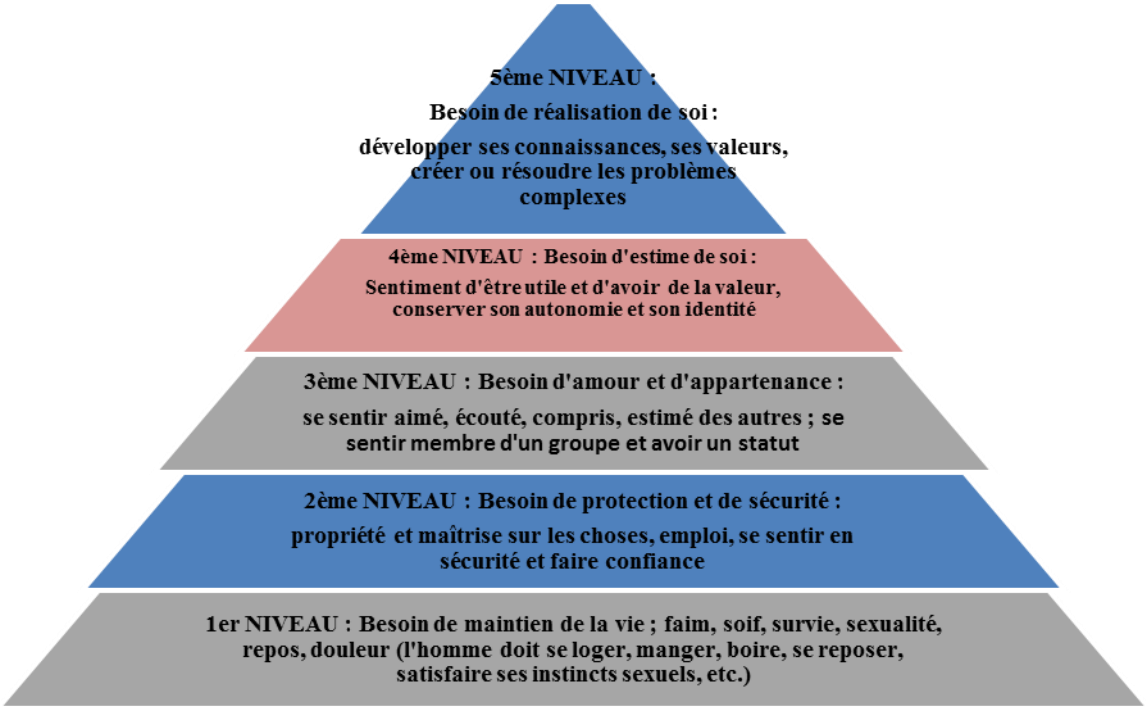


Figure 3 : Pyramide des besoins.

Source : MASLOW 1970

Cette théorie de motivation inclut celle de la contractualisation. Le contrat reconnaît aux usagers et aux prestataires le droit de négocier des engagements réciproques. Ainsi, les relations avec les usagers relèvent de cette contractualisation que nous qualifions de verticale. Aussi, si la priorité est de guérir le patient de sa maladie, la manière dont il est soigné importe aussi. Cela implique

la mise en place d'une règlementation qui oblige l'établissement de santé à prendre en compte le respect des patients.

Une bonne gouvernance hospitalière doit contribuer au développement et à la durabilité de l'institution.

2-1-7 Durabilité

La durabilité résulte de l'environnement dans la gestion de l'institution. Dans une institution hospitalière, elle résulte des conditions environnementales qui protègent la vie des patients et des prestataires. Elle est fondée sur des textes juridiques qui réglementent les abus et les déviations environnementales nocives aux patients et usagers. Pour citer quelques références en la matière, nous avons :

- Loi n°87-015 du 21 septembre 1987 portant code de l'hygiène publique ;
- Loi n°99-030 du 12 février 1999 portant loi Cadre sur l'Environnement ;
- Décret n° 96-115 du 02 avril 1996 portant création de la police sanitaire ;
- Décret n°97-624 du 31 décembre 1997 portant Structure, composition et fonctionnement de la police sanitaire ;
- Décret n°2006-087 du 08 mars 2006 portant approbation du Document de Politique Nationale d'Hygiène Hospitalière ;

Le concept de la durabilité est lié à celui de la vigilance : vigilance

environnementale, vigilance matérielle, vigilance pharmaceutique, vigilance biologique ; pour ne citer que ceux-là. En effet, la mise en œuvre du développement durable à l'hôpital trouve son fondement dans le célèbre principe serment d'Hyppocrate : «**Primum non nocere deinde curare /d'abord ne pas nuire ensuite soigner** ». De ce principe, nous pouvons dire que l'hôpital est censé donner les moyens de restaurer la santé humaine et non de la dégrader. Cette exigence n'est pas en dehors de l'hôpital qui ne doit pas nuire aux riverains et à l'environnement dans lequel il se trouve insérer.

La bonne gouvernance doit faciliter l'**accès** aux soins de santé de **qualité.** Il existe souvent au sein des hôpitaux plusieurs facteurs qui limitent l'accès aux soins, portant un coup dur à la gouvernance hospitalière. Le concept d'**accessibilité** désigne la possibilité d'accéder à une structure ou à un bien. Dans le contexte de ce travail, il s'agit de l'accessibilité par rapport aux structures et aux soins de santé. L'accessibilité par rapport aux structures sanitaires est soit géographique, déterminée par la distance entre le milieu de vie du patient et le centre de santé, culturelle du fait de l'adéquation entre les mentalités, les croyances, les comportements développés par les populations et ceux des personnels de santé. Ex : lorsque l'agent de santé qui reçoit les patients ne sait pas leur dire bonjour et les mettre en patience quand il n'est pas prêt pour les recevoir, il se crée un choc ou une violence qui aboutit souvent à une distanciation psychologique des patients.

L’accessibilité est aussi déterminée par rapport au coût des prestations et elle est dite financière.

2-1-8 Qualité

La qualité est définie par l’efficacité en tant que capacité d’un agent de santé d’obtenir les résultats escomptés dans l’exercice de sa compétence, l’efficience (l’efficacité rapportée au temps ou aux moyens), la performance sous entendue la compétence rapportée à la quantité des ressources ou intrants utilisés. Aux plans philosophique et anthropologique, la qualité est la chose la plus désirée par le bon sens. Elle traduit l’aptitude d’une chose à satisfaire les besoins fondamentaux de l’homme d’une façon durable. Dans la culture béninoise, le caractère durable est prépondérant dans la détermination de la qualité d’un bien ou service. La preuve en est l’achat et l’utilisation des tissus de marque ‘’Vlisco ou Tchigan’’ par les pauvres du fait du maintien de leur éclat et de leur résistance par rapport aux intempéries. Par contre les tissus caractérisés de ‘’vedo se déteignent et se déchirent plus vite. Les usagers des hôpitaux attendent y avoir des soins de qualité c’est-à- dire dispensés par un personnel qualifié, avec des instruments de diagnostic et de mesure précis, pour une guérison plus ou moins certaine. De nos jours, la qualité des soins de santé est à la fois une préoccupation des décideurs de politiques et une exigence des communautés locales, en particulier les patients qui payent le coût de leurs soins.

L’assurance qualité (AQ) encore appelée Management de la qualité est l’ensemble des actions entreprises en vue d’organiser et d’améliorer les prestations dans les structures sanitaires. Ces activités reposent sur les principes de la gestion de la qualité. Une transformation systématique dans la gestion destinée à apporter des réponses aux besoins et opportunités de toutes les structures dans leurs efforts d’adaptation aux mutations accrues.

Lien entre qualité et gouvernance : La bonne qualité des soins et services est un indicateur de la bonne gouvernance hospitalière. En fait, le concept d’Assurance Qualité s’emploie depuis 1990 dans le cadre de l’amélioration de la qualité de la gestion des services de santé. A celui-ci est associé celui de la continuité du processus décrite par Deming (1990).

Roue de Deming - cycle PDCA – spirale d’amélioration continue

Le Cycle PDCA appelé aussi, Roue de Deming est un modèle d’amélioration continue de la qualité. Il est également utilisé dans le domaine du management et porte alors le nom de cycle de Management. Il est représenté par une séquence logique en quatre phases réitérées pour l’amélioration continue:

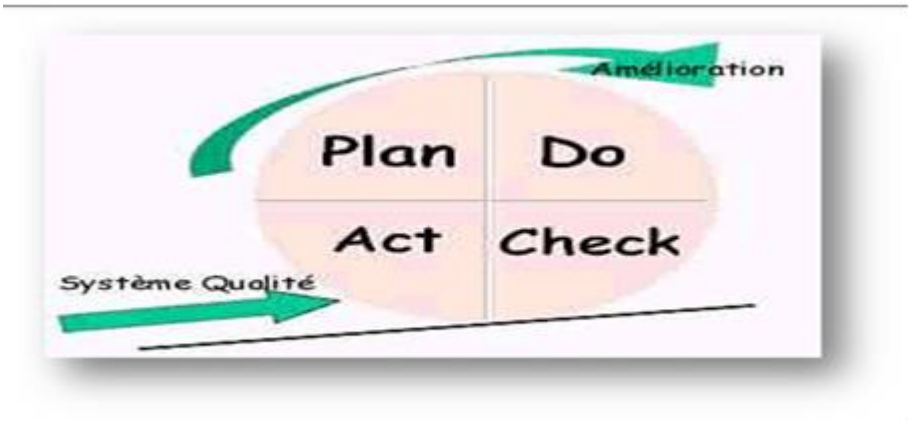


***Figure 4** : Roue de Deming Source : Encyclopédie libre wikipédia, www.ouati.com.2012*

1. Plan = Préparer : Planifier le changement. Analyser et déduire les résultats.
2. Do = Développer : Mettre en œuvre le plan, petites mesures en environnement contrôlé.
3. Check = Contrôler : Étudier les résultats.
4. Act = Améliorer : Mettre en œuvre des actions pour améliorer et normaliser le processus.

2-2 REVUE DE LA LITTERATURE

Cette revue a consisté à faire une analyse signalétique et critique des documents portant la gouvernance et ses aspects dans le secteur santé, et en particulier dans le sous-secteur hospitalier. Les travaux sur la gouvernance hospitalière sont rares dans les bibliothèques universitaires et celles des ministères. Cette revue de la littérature présente :

- l'histoire des peuples gouvernés d'après leurs modèles de gouvernance sanitaire ;

- le rapport entre la bonne gouvernance et le développement durable à travers l'expérience de certains pays européens ;
- la transposition de la problématique de la gouvernance d'entreprise à la gouvernance hospitalière.

2-2-1 Les évolutions de la gouvernance sanitaire en Afrique

Au plan historique, nous distinguons successivement :

- *La gouvernance sanitaire coloniale :* Elle présentait le projet colonial qui consistait à élaborer et à diffuser des normes de civilisation par le biais de la biomédecine, mais également par l'imposition d'un mode de production qui crée des déséquilibres hommes/ressources du fait de ses logiques propres et non de celle des autochtones (Tonda 2005). C'est en cela que Mor (2001), partant de la définition de la médecine coloniale à savoir « l'ensemble des procédures techniques associées aux actions administratives correspondantes a essayé de donner un éclairage sur la problématique de la santé en situation coloniale. En plus des militaires, les missionnaires et les marchands, il y a eu les médecins qui introduisaient la première phase de l'histoire de la politique sanitaire coloniale, celle caractérisée par une médecine individuelle et curative centrée sur la protection de l'élément européen, agent de diffusion des normes de la civilisation occidentale. Cette médecine est centrée sur des pratiques normatives ou normalisatrices d'assujettissement et

d'incorporation de l'inégalité et non de la justice sociale, aussi elle a été reprise par les pouvoirs postcoloniaux

- *La gouvernance sanitaire postcoloniale, reflet de la politique postcoloniale de gouvernement* **:** Elle était caractérisée par la confusion entre bien public et bien privé, les abus de pouvoir, la prédation et la corruption, le népotisme et le clientélisme, la non *accountability*, l'ostentation, les rivalités intestines, tous ces traits de la gouvernance sanitaire sont clairement devenus des éléments constitutifs de la « culture politique » ou de la « culture bureaucratique » postcoloniale. Dans des enquêtes au sein des services de santé urbains, il y a quelques années, la principale phrase qui ressortait des entretiens avec les malades était : *« On ne nous regarde même pas ! »*. On ne peut mieux dire le sentiment d'humiliation que ressentaient les usagers du service public dans un domaine, la maladie, où pourtant on pourrait s'attendre à une relative compassion de la part des agents de l'État. Ce constat de Olivier de Sardan (2001) s'illustre aux différents niveaux du pouvoir local où les chefs de service ou de partis politiques de la même manière que les anciens chefs de cantons : « un ministre gère pour une part son ministère comme s'il s'agissait d'un canton, et la gestion « chefféríale » caractérise les normes pratiques suivies par la plupart des responsables de l'État, du Président au Ministre et au Directeur d'une obscure administration. »

- *La gouvernance sanitaire des temps révolutionnaires.* Elle est le reflet de la gouvernance participative observée et vécue à la fin de la première décennie des indépendances.) Dans l'introduction de son ouvrage intitulé "Participation pour le Développement", Meister (1997) écrivait ceci pour illustrer la gouvernance autocratique : « Qu'un dictateur, ait, ici, chassé tous les étrangers ou que, là, une techno-bureaucratie appuyée sur l'armée qui dont le rôle était de dissiper toutes les organisations populaires passées et emprisonné leurs responsable». Dans ce contexte, la participation des populations n'a pas été volontaire, mais par contre suscitée par la force et par les efforts de communication de masse dans les domaines clés du développement notamment la santé, l'éducation, l'agriculture. Cette gouvernance participative fondée sur une démocratie populaire et qui donnait le pouvoir politique au peuple n'avait fait qu'hypothéquer le développement des pays colonisés africains. Elle n'a pas favorisé la bonne gestion des projets de construction de plusieurs infrastructures sanitaires, agricoles et industrielles.

Dans ces contextes, comment pourrions-nous expliquer l'oubli des hôpitaux dans les politiques de santé des années 1980 à 1990 ?

L'oubli des hôpitaux dans les politiques de santé pendant cette période s'explique par l'absence de solution aux grands problèmes de santé, due au privilège accordé au modèle curatif. Ce modèle qui a longtemps priorisé le

curatif sur le préventif, favorisait plus les populations urbaines au détriment du grand nombre de populations vivant dans les villages et campagnes. Cette situation faisait concentrer les moyens de santé dans les villes et entraînait l'orientation des moyens de santé vers les hôpitaux de ville, créant l'inégalité dans l'accès aux soins de santé. C'est alors que la Conférence d'Alma Ata en 1978, organisée par l'Organisation Mondiale de la Santé a proposé de rompre avec ce modèle classique pour parvenir à ''la Santé pour tous à l'an 2000'' définie comme un ensemble de soins fondés sur des pratiques scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que les communautés et les pays puissent assumer à tous les stades de leur développement. Cette option n'a pas été sans risque budgétaire car les programmes de santé publique utilisaient tous les fonds aux niveaux des structures décentralisées de la pyramide sanitaire que sont les unités villageoise de santé, les centres de santé d'arrondissement et de commune, les hôpitaux de zone.

Cette vue panoramique sur les modes de gouvernance et leurs impacts socioéconomiques nous amène à inscrire la nouvelle gouvernance du système sanitaire dans le contexte actuel de la démocratie.

En effet, la lecture de la décentralisation à travers la nouvelle pyramide

sanitaire en Afrique et en particulier dans la sous- région Ouest africaine permet de constater le souci pour les gouvernants de combler les disparités d'accès aux soins de santé entre villes et campagnes. Avec la mise en place des zones sanitaires et hôpitaux de zone, nous avons pu obtenir une intégration spatiale, structurelle, économique des soins de santé. Le réseau hospitalier s'est élargi du sommet à la base de la pyramide sanitaire, en se déclinant au niveau de la périphérie pour permettre aux populations rurales d'avoir aussi accès aux soins de qualité. Le développement des Hôpitaux de zone ou de commune a permis d'étendre les soins hospitaliers du niveau intermédiaire au niveau périphérique pour donner aux populations rurales de bénéficier aussi des soins de qualité. Cette qualité est essentiellement liée à la présence dans ces structures de médecins spécialisés dans les domaines de la chirurgie, la pédiatrie, gynécologie, et des spécialistes dans le traitement de certaines pathologies comme le diabète, les maladies cardiovasculaires les maladies mentales, …pour ne citer que celles-là. Elle nous fait replonger à la fois dans un système médical de technocratisation ou de normalisation, et dans un système de santé publique qui allie les modèles préventif et curatif des maladies dans toutes les structures sanitaires.

- *La gouvernance démocratique de 1990 à ce jour,* modèle qui n'exclut pas totalement les caractéristiques du précédent. Il améliore la forme de

participation en la rendant plus active. Ici, les populations et les groupes sociaux participent activement aux prises de décisions en amont et en aval à la mise en œuvre des projets de développement. La participation qui parait suscitée dans le modèle précédent devient volontaire. A elle s'ajoute la responsabilisation qui permet à l'individu de se sentir impliqué et responsable de l'action sociale menée. La fonction de la démocratie est d'améliorer la qualité de la gouvernance en favorisant « l'obtention d'un état de droit et des libertés, le climat de paix sociale, le dialogue social interne et l'initiative privée sur la base des orientation du gouvernement. » (Plan-cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement du Bénin 2004-2008)

Au niveau culturel, plusieurs études sociologiques ont présenté certains enjeux de la gouvernance hospitalière. Nous pouvons citer l'article de Olivier de Sardan (2001) qui décrit les cultures développées dans les structures sanitaires, notamment les cultures professionnelles locales, la culture bureaucratique privatisée.

La gouvernance sanitaire, une régulation orientée par la performance. Son utilisation dans le domaine de la santé est plus récente et renvoie à trois idées fortes (Contandriopoulos 1996).

La première concerne le périmètre de responsabilité auquel on s'intéresse n'est plus celui des organisations existantes. La gouvernance oblige à penser à un

nouvel espace de régulation collective. Les actions dont il faut assurer la coordination et sur lesquelles il faut rendre des comptes, ont des dimensions inter organisationnelles et interprofessionnelles non réductibles à la sommation de chaque organisation ou de chaque profession. La gouvernance oblige à la coordination d'acteurs et d'organisations qui sont simultanément autonomes et interdépendants pour assurer un accès équitable aux soins de qualité à une population définie. Selon cette première idée, *on passe d'un système centré sur l'hôpital à un système où l'hôpital fait partie d'un réseau au lieu de s'enfermer sur ses propres malades et autour duquel gravitent des patients ambulatoires et des acteurs de la santé.*

La deuxième idée est que la forme de l'action collective doit être repensée. La gouvernance n'est pas une autre façon de parler du management ou de la gestion, autrement dit de la prise de décisions en position d'autorité pour organiser de façon optimales les ressources. Elle manifeste la nécessité de tenir compte de la complexité des processus à agencer pour obtenir des résultats attendus. Ainsi, elle doit intégrer la conception, la conduite et l'évaluation de l'action collective à partir d'une position d'autorité (Hatchuel 2000). Elle s'appuie sur :

- un système de gestion, c'est-à-dire un ensemble de règles qui définissent les modalités de distribution du pouvoir et des responsabilités :
- un système d'information, c'est-à-dire un ensemble de données et de leur

système d'exploitation nécessaire pour que le système organisé d'actions soit intelligible et transparent à tout moment pour les professionnels, les gestionnaires et les planificateurs, les patents et les populations

- un système de financement c'est-à-dire un ensemble d'incitations véhiculées par des modalités de financement du système, les mécanismes d'allocation des budgets et les dispositifs de paiement des acteurs.

La cohérence entre ces trois systèmes permet à la gouvernance de réaliser les trois grandes fonctions qui la caractérisent notamment la fonction d'orientation qui permet de déterminer le devenir d'un collectif et dont les mécanismes d'apprentissage sont rendus possibles par une forme de gouvernance, la fonction de gestion définie comme la conception et la conduite de l'action collective d'une organisation ou d'un système, la fonction normative qui vise à créer un imaginaire collectif qui favorise la coopération et renforce la légitimité. La fonction normative entre l'idéologie et l'utopie, l'idéologie tend vers l'intégration car elle préserve un sens d'identité partagée, alors que l'utopie agit dans le sens inverse, vers la rupture car elle introduit une idée de nouveauté, de différence et de discontinuité.

La complexité réside dans l'articulation de ces trois grandes fonctions qui demeurent chacune soumise à de fortes tensions : la prospective entre la prévision et le développement de nouveaux objets de gouvernement

(Contandriopoulos 2008), le management entre la gestion managériale et la gestion de la clinique.

La troisième idée est que les outils habituels de gestion sont insuffisants pour permettre aux responsables de rendre compte de leurs décisions et d'améliorer de façon continue l'action collective pour assurer la qualité, l'efficience et la sécurité des soins et services.

2-2-2 Gouvernance sanitaire et développement durable

L'insertion des hôpitaux dans le développement durable a été une réalité des années 1990 après la Conférence de Rio de Janeiro en 1992. La généralisation du concept environnement et son application à un espace ou à une structure ne s'est opérée que progressivement. En tant que mot d'ordre de la communauté internationale, cette notion se verra appliquée aux hôpitaux pour leur conférer une viabilité spatiale et temporelle d'où le concept ''Hôpital durable''. A partir de ce moment la bonne gouvernance des services de santé repose sur la gouvernance environnementale dont dépend la qualité de services et soins de santé. C'est dans les pays de l'Union Européenne, notamment en France et en France que les premières expériences de la gouvernance environnementale au sein des hôpitaux ont connu un essor considérable après le 34ème congrès de la Fédération Internationale des Hôpitaux à Nice en 2005. L'hôpital est devenu une préoccupation en matière du développement durable et impose un modèle particulier de

gouvernance. Par sa vocation, ses missions et ses activités, il a une très grande responsabilité et un devoir d'exemplarité dans la mise en place d'une stratégie de développement » (FIH 2005). Dès lors, les établissements de santé commencèrent à introduire dans leur plan de travail les activités relatives à la gestion des risques liés aux activités hospitalières de soins et explorations diagnostiques. C'est l'ère de la mise en œuvre des stratégies de vigilances. La France dispose aujourd'hui d'un cadre institutionnel et juridique pour la mise en œuvre du développement durable dans les structures sanitaires, notamment :

- le Comité pour le Développement Durable en santé (C2DS) ;
- la réglementation qui précise les procédures à respecter pour la gestion des Déchets issus des Activités de Soins à Risque Infectieux (DASRI) ;
- le plan national d'émission de quotas de CO2 sachant que l'hôpital dispose des droits à polluer et ses quotas ne doit pas dépasser la limite de 20 MW ;
- la démarche haute qualité environnementale (HQE) à observer dans le cadre de la construction ou de la réhabilitation des structures sanitaires ;
- une politique d'achats publics présentée par le nouveau code des marchés publics.

Pour permettre aux acteurs du secteur santé et aux populations d'avoir connaissance du développement durable à l'hôpital, plusieurs conférences ont été organisées pour montrer la non cherté du développement durable ‘’*le*

développement durable ne coûte pas forcément cher, il permet de faire des économies de santé publique aussi bien pour le personnel (diminution des arrêts maladies) que pour les patients transitant dans les établissements hospitaliers et les riverains proches de ces structures''.

Les principes du Développement durable à travers une réflexion sur l'énergie utilisée ont été mis en œuvre dans cet hôpital. Ainsi, nous avons équipé notre hôpital d'une chaudière gaz-bois permettant l'utilisation de ressources disponibles en priorité (bois). Ce système de cogénération est le résultat d'un choix économique puisque nous réalisons des économies (BEAURIN 2004).

L'accent a été aussi mis sur la dimension environnementale du développement durable et, de manière plus spécifique sur la bonne gestion des déchets d'activités de soins à cause de l'émergence des infections contractées au cours des soins. Le développement durable à l'hôpital touche l'ensemble de l'organisation de la structure sanitaire en visant son efficience.

La leçon tirée de ces expériences montre que la réussite du développement durable en milieu sanitaire ou hospitalier dépend de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un projet d'établissement qui prend en compte les dimensions et les principes cardinaux du développement durable.

Faisant suite à la Conférence de Rio de Janeiro tenue en 1992, le Sommet Mondial sur le Développement Durable, Johannesburg, 2002 ; met un accent

particulier sur la santé comme le soulignait le principe n°1 de la déclaration de Rio sur l'Environnement et le Développement : « *les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature (1). Des progrès indéniables ont été obtenus en termes de santé publique lors de la dernière décennie, mais force est de constater que l'environnement devient un déterminant de plus en plus fort et est à l'origine d'un quart de la morbidité et de la mortalité humaine. Cela montre l'interdépendance entre dégradation de l'environnement, processus de développement et santé, représentant un enjeu principal de la gouvernance hospitalière «* Le Bénin dispose de :

- un Plan d'Action Environnemental (PAE) adopté en juin 1993 et mis en œuvre pour la prise en compte de la dimension environnementale dans sa politique de développement et d'un Agenda 21 national ;
- un Code d'Hygiène Publique depuis le 21 septembre 1987 par l'adoption de la loi n°87-015 ; c'est le premier référentiel pour les administrateurs en matière de gouvernance environnementale des services hospitaliers ;
- un Décret ministériel portant création d'une police environnementale, décret n°96–115 du 02 avril. Cette structure intégrée aux directions départementales de la sante est chargée du

suivi des prescriptions du code dans les espaces publiques et domaniaux ;

- une Loi-cadre sur l'environnement, loi n°90-030 du 12 février 1999 ;

- un Décret portant gestion rationnelle des déchets biomédicaux, décret n°2002-484 du 15 novembre 2002. Il s'agit des déchets issus des activités de soins de santé ;

- un Arrêté portant création d'un comité national d'hygiène hospitalière : arrête n°2257/ms/dc /sigma/sa du 15 mars 2005 Politique nationale d'hygiène hospitalière par décret n°2006 – 087 du 08 mars 2006 ;
- Un arrêté n°2008-2992 du 21 mai 2008 portant attributions, organisation et fonctionnement des organes de décisions de la mise en œuvre de la politique nationale d'hygiène hospitalière ;
- Un arrêté n°2008-2993 du 21 mai 2008 portant attributions organisation et fonctionnement des structures techniques de la mise en œuvre de la Politique Nationale d'Hygiène Hospitalière (PNHH).

2-2-3 De la gouvernance d'entreprise à celle de l'hôpital

Les travaux de Charreaux (2010) ont montré que les relations causales entre les systèmes de gouvernance visent et à réguler les comportements des dirigeants hospitaliers et la performance de l'organisation hospitalière. Ces systèmes ont pour rôle de réduire les pertes d'efficience liés aux coûts et aux conflits d'intérêts existant entre dirigeants et actionnaires. Dans le cadre de cette transposition, l'auteur a identifié les parties prenantes impliquées dans la gouvernance hospitalière et proposé une matrice représentant le système de gouvernance en milieu hospitalier. Par analogie à la gouvernance d'entreprise, la modélisation de la gouvernance hospitalière permet d'expliquer les différences de performance entre hôpitaux, à partir de la capacité de leurs systèmes de gouvernance respectifs à encadrer les décisions de leurs dirigeants de manière à réduire les coûts d'agence avec leurs « principaux ». Dans ce contexte, les dirigeants d'hôpitaux sont censés être des « entrepreneurs publics » ayant le statut d'agents d'un ensemble de parties prenantes qui leur confient des ressources avec la mission d'assurer au mieux la préservation de la santé des populations.

2-2-4 La Nouvelle Gouvernance Hospitalière

La gouvernance hospitalière est dite nouvelle parce qu'elle s'inscrit dans une approche particulière de gestion de établissements hospitaliers européens. Elle introduit la notion de gestion par les pôles administratifs qui sont des

prolongements ou structures déconcentrées de l'administration hospitalière en présence (Hardy 2005). Elle présente une nouvelle structuration du pouvoir qui intègre les cadres de la santé, médecins et administratifs aux choix économiques qui découlent des stratégies médicales. On assiste ainsi au passage d'une logique d'organisation verticale à une logique d'organisation horizontale mise en œuvre par la création des pôles d'activités. Dans ce schéma, chaque pôle à sa tête un chef nommé par la Directeur de l'hôpital et le Président de la Commission Médicale Consultative. L'expérience du CHU de Toulouse montre que les pôles regroupent des services non plus selon une logique d'établissement, mais selon une *logique d'activité* médicale, paramédicale. Cette logique étant elle-même formalisée autour d'un projet de pôles comportant entre autres des dimensions médicales, de recherche et de formation. La taille des pôles répond à un seuil optimal de 300 à 600 équivalents temps plein.

2-2-5 L'autonomie comme principe de la gouvernance

L'autonomie est un élément important de la dimension socio-institutionnelle parce qu'elle permet le développement des capacités institutionnelle et organisationnelle. « On ne peut penser concevoir, et agir à la place d'une personne et penser qu'elle va se développer ». En effet, pour apprendre à conduire une voiture, c'est l'apprenant qui tient le volant sous l'œil vigilant de l'instructeur et non le contraire

(Gauthier 2005). Aussi, on ne peut pas planifier, programmer et gérer une institution comme l'hôpital à la place des acteurs clés. Certes, l'autonomie n'est jamais complètement acquise en Afrique lorsqu'il s'agit d'une institution de développement. Il faut pouvoir se doter de ses propres moyens, procédures de gestion, mais qui prennent en compte les procédures et règles internationales de gestion. L'autonomie se construit progressivement à travers des efforts de renforcement permanent des capacités de gestion des cadres qui forment l'institution et des bénéficiaires directs.

2-2-6 Rôle de l'Etat

Un gouvernement efficace est nécessaire pour l'atteinte des objectifs du développement du secteur santé. Et il doit en être de même pour les institutions régionales et multilatérales chargées de répondre aux besoins et aux préoccupations de la société, et qui doivent être respectueux des droits de l'homme et de la démocratie. Ce rôle est défini dans **la Constitution béninoise du 11 décembre 1990** qui stipule en son article 26 relatif aux droits et aux devoirs que '' l'un des droits fondamentaux de tout être humain est le droit à la santé. Ainsi il souscrit à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, traduisant la volonté de notre pays de faire de la santé, l'un des leviers importants du développement économique et social en se dotant d'un Plan National de

Développement Sanitaire (PNDS) afin de permettre à toutes les couches de la population de bénéficier des soins et services de santé d'excellente qualité. Cette volonté du gouvernement sera matérialisée par la construction d'un hôpital de référence à caractère sous- régional voire régional, pôle d'excellence pour les soins de pointe et la formation de haute qualité au personnel de santé. Cette action permettra à notre pays d'économiser des devises jadis destinées aux évacuations sanitaires de ses patients et de renforcer les capacités techniques des cadres compétents en médecine et en soins de santé. Cette ambition requiert du secteur une optimisation des ressources et une disponibilité des potentialités. Pour ce faire, les personnels médicaux et paramédicaux, les responsables d'hôpitaux, le personnel administratif des structures de santé, les bénévoles ainsi que tous ceux qui se consacrent au sacerdoce de la santé dans notre pays, sont appelés à mieux comprendre l'aspect spirituel et moral des maladies, à avoir la culture du travail bien fait. Le développement hospitalier a été une préoccupation particulière au cours de l'élaboration de ce plan.

Encadré 2 : *Programme du développement hospitalier*

De l'analyse de la situation du PNDS, il ressort que malgré tous les moyens mis en œuvre pour améliorer l'état de santé des populations, la situation sanitaire du Bénin reste caractérisée par des taux de mortalité et de morbidité élevés. A la lumière de cette situation socio sanitaire et en appui à l'organisation pyramidale, le Bénin envisage la réalisation d'un grand hôpital d'excellence et de référence sous régionale autour duquel les autres formations sanitaires vont évoluer en réseau. Cet hôpital de type américano- européen devra répondre aux demandes sanitaires les plus difficiles et permettra d'éviter les douloureuses évacuations en termes financiers et humains. Ainsi pour atteindre l'objectif général de ce programme de développement hospitalier au cours de ces dix prochaines années, il s'agira de permettre à toutes les couches de la population de bénéficier des soins et services hospitaliers d'excellente qualité quand elles en ont besoin. Quatre (04) sous programmes sont alors identifiés pour le développement du secteur. Il s'agit de : Management de la qualité en milieu hospitalier - Renforcement des plateaux techniques - Organisation et renforcement de l'offre de soins - Réforme hospitalière

***Source** : Extrait PNDS 2009-2018*

CHAPITRE 3

PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE

Cette présentation présente l'espace global dans lequel s'insère le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du plateau. Cet espace est structuré en parties : la République du Bénin, le Département de l'Ouémé et du Plateau, la Commune de Porto-Novo au sein de laquelle est construite le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau.

3-1 LA REPUBLIQUE DU BENIN

La présente recherche s'est effectuée en République du Bénin, pays anciennement appelé Dahomey. Situé en Afrique occidentale sur le Golfe de Guinée, ce pays fait partie des pays membres du Conseil de l'entente, de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), de la Communauté des Etats Sahélo-Sahariens (CEN-SAD et de l'Union Africaine.



Figure 5 : Carte de la République du Bénin : Situation de la commune de Porto- Novo
Source : Ministère des Affaires Etrangères (2004)

3-1-1 Caractéristiques géophysiques et écologiques

Limité au nord par le fleuve Niger, au nord-ouest par le Burkina-Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'est par le Nigéria et au sud par l'Océan atlantique, la République du Bénin couvre une superficie de 114.763 km² et s'étend sur une longueur de 700 km. Sa largeur varie de 125 km le long de la côte à 325 km à la

latitude de Tanguiéta où il présente de vastes étendues sous peuplées au nord. Il présente un relief généralement peu accidenté car la seule région élevée (658km d'altitude) est située dans le nord-est du pays : c'est la chaîne de l'Atacora. L'ensemble est constitué par quatre formes principales géologiques :

- la plaine côtière, basse, sableuse, souvent marécageuse et jalonnée de lacs et de lagunes (lagunes de Porto-Novo, Ouidah, Grand-popo, lacs Nokoué et Ahémé ;
- les plateaux constitués des terre de barre dont les plus importants sont ceux du bassin, en l'occurrence les plateaux de Comé, Allada, Porto-Novo, Aplahoué, Abomey, Zagnanado, Pobè, Kétou. Ces plateaux sont entaillées par des vallées orientées nord-sud (Ouémé, Zou, Couffo) ;
- la pénéplaine cristalline qui occupe la plus grande partie du territoire avec de nombreuses collines orientées du Nord au sud. Ceux-sont les collines de Bembèrèkè, Kalalé, Nikki, Ouéri-maro, Agbassa, Bétérou, Bantè, Savè, Savalou, Dassa-Zoumè, Agouna et Gbadagba ;
- la Chaîne de l'Atacora localisée dans le nord-ouest du pays et qui se prolonge au Togo, au Ghana et au Niger.

Situé dans la zone intertropicale, le Bénin a un climat chaud et humide. Les maxima se situent en mars (32° C à Parakou) et les minima en Août (25,70°C) avec une pluviométrie annuelle de plus de 1200 mm de précipitation enregistrée à Bohicon.

Le climat varie d'une région à l'autre :

De la côte jusqu'à la latitude de Savè, règne le climat dit béninien ou subéquatorial avec un régime assez tempéré. Les températures sont élevées mais jamais excessives. C'est un climat à quatre saisons : une grande saison de pluies d'avril à juillet, une petite saison sèche d'août à septembre, une petite saison pluvieuse d'octobre à novembre, une grande saison sèche de décembre à mars. Au centre s'observe un climat tropical semi-humide avec une pluviométrie annuelle comprise entre 1000 et 1300m, soit une moyenne mensuelle qui oscille entre 83mm et 108mm.

Au nord du pays, règne le climat atacorien. Les températures sont plus fraîches à cause de l'altitude et les orages plus fréquents avec une saison pluvieuse (mai à octobre) et une saison sèche (novembre à avril) caractérisée par une pluviométrie annuelle de plus de 1300m à Natitingou, soit une moyenne mensuelle de 108mm.

Il est arrosé par de nombreux cours d'eau appartenant à deux grands bassins : le bassin du Niger et le bassin côtier. La plupart de ces cours d'eau prennent leurs sources dans l'atacora. Du bassin du Niger confluent trois fleuves notamment le Mékrou (410km), l'Alibori (338km) et la Sota (250km), le Pendjari (380km) prend sa source dans l'Atacora et se jette dans la Volta au Ghana.

Le bassin côtier, est arrosé par les fleuves Ouémé (510km), Couffo (190km), et Mono (500km). Les lacs et lagunes leur servent de relais vers la mer.

Cet ensemble géomorphologique, climatique et hydrographique a toujours influencé le profil épidémiologique national. Ce profil est essentiellement caractérisé par une variété de pathologies tropicales avec une prédominance d'affections endémo épidémiques notamment le paludisme, le choléra et la méningite cérébro-spinale. L'éclosion saisonnière de maladies infectieuses et parasitaires et leur endémicité sont dues à la prolifération de certains vecteurs auxquels le climat chaud et humide est favorable.

3-1-2 Caractéristiques géo humaines

L'effectif de la population du Bénin est estimée à 8.122.395 habitants en 2007 avec une densité moyenne égale à 70,78hts /km². Près de la moitié de la population est âgée de moins de 15 ans. Les personnes âgées ne représentent qu'une infime partie de cette population à cause de la vieillesse et des décès dans la tranche d'âge de 55 à 75 ans et au-delà.

La répartition par sexe est en faveur des femmes (52,1% en 1979 et 51,4% en 1992). Cette population comprend plusieurs groupes ethniques d'origines diverses. Il s'agit :

- du groupe Adja du sud et du centre, venu de Tado, essentiellement des Adja, Xwla, Xuéda, Gun, Ayizo, Fon et Mahi ;
- du groupe Mina venu du Ghana et le groupe Yoruba d'Ifè et d'Oyo ;

- du groupe dendi basé à Malanville, Kandi et Djougou ;
- du groupe Bariba encore appelé batonou, des Fulbé ou peuhls et des Bétamaribè.

Tableau IV : **Densité de la population par Département au Bénin**

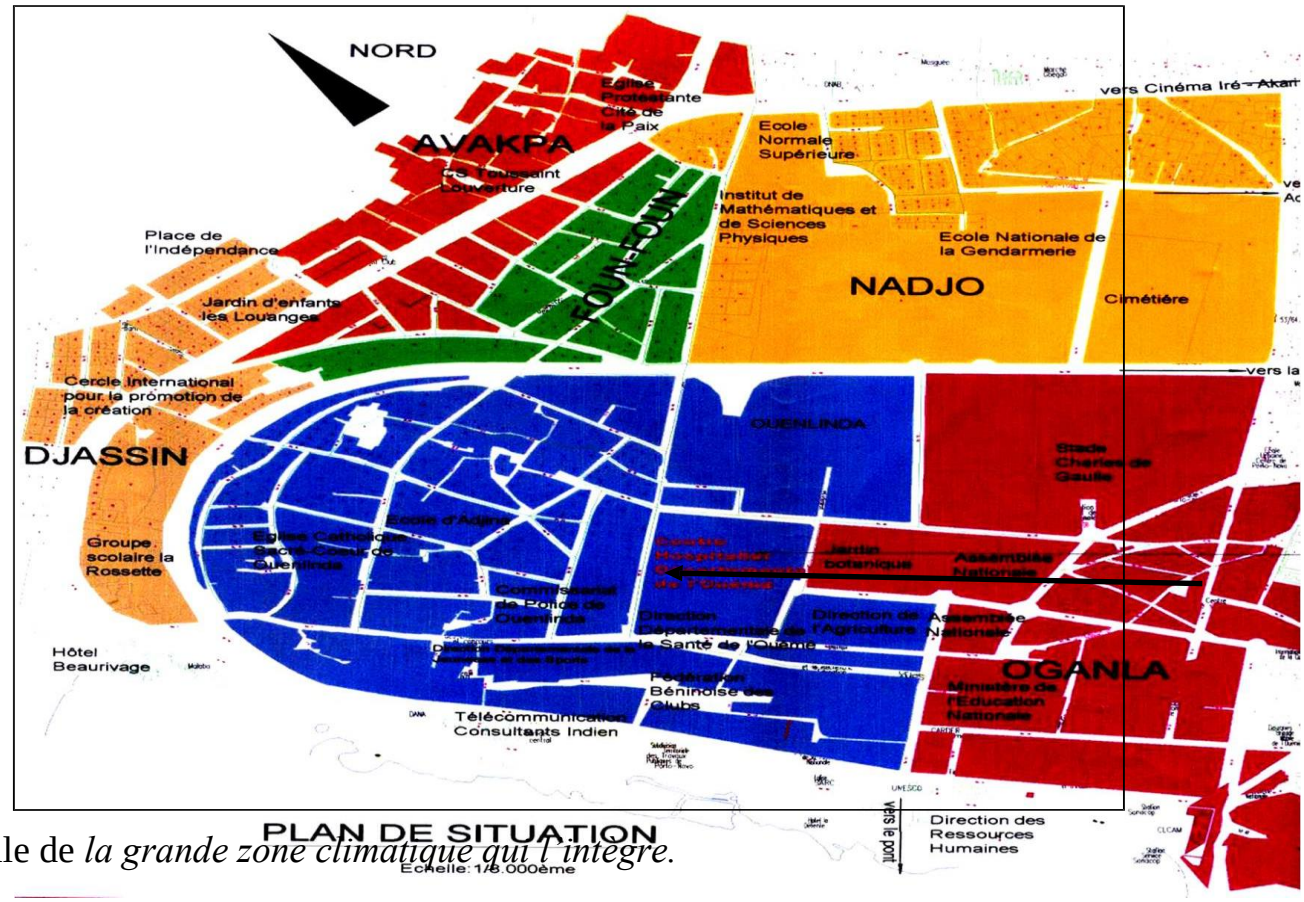
Département	Population	Superficie	Densité
Alibori	**646.243**	**26.242**	**24,63**
Atacora	659.341	20.499	32,16
Atlantique	1.028.148	3233	318.02
Borgou	899.178	25856	34,78
Collines	651.316	13.931	46,75
Couffo	644.367	2404	268,04
Donga	411.591	11.126	36,99
Littoral	734.422	79	9296,48
Mono	412.851	1605	257,23
Ouémé	865.110	1281	675,34
Plateau	476.136	3264	145.88
Zou	693.692	5243	132 ,31
Bénin	**8.122.395**	**114.763**	**70,78**

Source : INSAE, RGPH 3

3-2 LA COMMUNE DE PORTO-NOVO

La commune de Porto-Novo est située à 30km de Cotonou entre 6°30 de latitude Nord et 3°30 de longitude Est. Elle est limitée au Nord par les communes d'Akpo-misséreté, d'Adjarra et d'Avrankou, au Sud par la commune de Sèmè-kpodji, à l'Est par la commune d'Adjarra et à l'Ouest par la commune des Aguégués

Elle couvre une superficie de 52km² et elle jouit du même type de climat que



celle de *la grande zone climatique qui l'intègre.*

***Figure 6** : Carte de la Commune de Porto-Novo et situation du CHD-OP*

Source : PDM 2005

Sa pluviométrie est estimée à une moyenne de 1100mm chaque année. Elle dispose d'une mosaïque d'ethnies qui cohabitent. Les Goun et les Fon sont majoritaires (66%), suivis des Yorubas (25%) et des Adja, Mina et Toffin (04%). Les autres ethnies sont représentées par les Bariba, les Dendi, lesYom à proportion de 5%. Cette multiethnicité explique la présence dans les hôpitaux des personnes de langues différentes qui se côtoient et qui font l'effort de se comprendre. Dans

les salles où les différences linguistiques sont très prononcées, les patients se supportent vivement difficilement. Quelquefois ils ont besoin d'interprètes et n'en trouvent pas souvent.

Ce brassage ethnique explique la diversité des activités économiques. Les Yoruba sont essentiellement des commerçants tandis que les Goun et les Fon sont des agriculteurs et des pêcheurs.

La vie spirituelle de la commune est animée par plusieurs religions. Les religions traditionnelles (20%) constituées autour des fétiches (vodun), Thron, Zangbéto, Oro, les religions chrétiennes (40,90%) réunissent les catholiques, les protestants, les églises évangéliques et les christianisés célestes et l'Islam (25,10%).

L'identité culturelle propre à la ville de Porto-Novo repose sur la croyance ancestrale et le syncrétisme religieux. Aujourd'hui, à l'exception des vodounnons, les adeptes des religions chrétiennes expriment leurs croyances dans les milieux hospitaliers. Ainsi, il est fort de constater la présence de groupes de croyants autour des patients, priant pour la guérison de des malades. L'existence d'une chapelle au Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau permet aux agents de santé et à certains malades de se réunir au moins une fois par semaine pour prier en faveur de la guérison de tous les malades.

L'organisation sociale est caractérisée par un pouvoir politique traditionnel

qui cohabite avec le pouvoir administratif moderne. Le pouvoir politique traditionnel est organisé à partir des palais royaux jusqu'au niveau des clans. Il se perpétue avec la pérennisation du culte de désignation des rois et des ministres des rois communément appelés les "mitó" en langue Goungbe. Ce pouvoir est fortement centralisé et hiérarchisé. Il est géré par les rois "mitó" au palais royal ; les ministres ou migan au palais des migans, le "vodounon" ou chef de culte encore appelé bålɛ́ par les yoruba. Le pouvoir politique moderne est détenu par le maire, les chefs d'arrondissements et des conseillers de quartiers. Dans le contexte de la décentralisation ou de la déconcentration des pouvoirs, les décisions en faveur du développement sont prises en Conseil communal sur la base des aspirations des communautés administrées.

Les deux pouvoirs, traditionnel et moderne, collaborent dans les prises de décisions en faveur du développement de la ville. Ils interviennent ensemble dans l'organisation des festivités nationales.

Il existe plusieurs services sociaux dont ceux de la santé. La commune de Porto-Novo dispose de plusieurs centres de santé publics et privés qui collaborent. Les endémies fréquentes sont le paludisme, les anémies, les infections pulmonaires et la fièvre typhoïde qui constituent les 70% des pathologies, viennent après l'asthme, l'hypertension et le diabète qui commencent à prendre d'ampleur parmi les populations. Les maladies nutritionnelles fréquentes sont le kwashiorkor, le

marasme, le rachitisme et le goitre.

L'organisation administrative de la ville de Porto-Novo est régie par l'arrêté municipal n°44/SG/SP-C du 03 septembre 2003 portant organisation, attribution et fonctionnement de la mairie de Porto-Novo. La gestion de la mairie est assumée par l'hôtel de ville sis au quartier Agbokou. La Loi n°97- 029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes, dans son article 82, stipule que la gestion de la santé des collectivités locales est assumée de façon partagée entre l'Etat et la commune. Cette Loi distingue trois compétences. Il s'agit « des compétences propres relatives au domaine – du développement local, l'aménagement de l'habitat et de l'urbanisme – des infrastructures, de l'équipement et des transports – de l'environnement, de l'hygiène et de l'assainissement de base – de l'enseignement primaire et maternel – des services marchands et des investissements économiques – de la coopération ; des compétences partagées concernant le domaine – de l'enseignement, de l'éducation, et de l'alphabétisation – de la santé, de l'action sociale et culturelle ; des compétences délégués qui sont l'Etat civil, la police administrative, la défense nationale et la défense civile ». Cette Loi traduit la manière dont la vie politique est menée. Aussi, le pouvoir exercé au niveau local s'appelle la gouvernance locale. Elle prend en compte plusieurs aspects de la vie politique et administrative tels que les institutions à la base et leur fonctionnement, les autorités locales, leur mode d'acquisition du pouvoir

(nomination ou élection), les relations entre les autorités locales et les différents acteurs locaux et nationaux (RNDH-Bénin 2000). De ce fait, la gouvernance hospitalière se réalise en coopération avec la municipalité par la mise en place d'infrastructures sanitaires et de la gestion de la santé des collectivités locales.

Lien entre le service hospitalier et la mairie : Le service hospitalier a une imbrication profonde dans les services municipaux. Il ne peut avoir un plan d'urbanisme sans tenir compte de l'implantation d'un hôpital, qu'il soit départemental ou de zone. L'efficacité des services d'urgence qui intéresse au premier chef les collectivités, est étroitement liée à la situation géographique de l'hôpital et à la faculté de leur accès aux soins par rapport aux différents quartiers de la cité. Ainsi le Maire a donc le devoir de s'intéresser directement à l'hôpital ou aux hôpitaux de sa juridiction et de faire toutes interventions utiles à l'égard de l'autorité centrale (Ministre de la Santé, Directeur Départemental de la Santé). Cela se justifie par les besoins incessants formulés par l'hôpital en matière des ressources (humaines ou matérielles) et de la mise en place d'infrastructures complémentaires pour renforcer l'accès aux soins de santé.

Lien entre le service hospitalier et la Préfecture : La Préfecture intervient dans l'hôpital dans le cadre de l'adoption du Plan de Travail annuel et du Budget prévisionnel. Le préfet est le porte-parole du Gouvernement auprès des institutions sanitaires des Départements et ainsi, il veille sur le financement des

actions planifiées et intégrées dans les lignes budgétaires. Tout se passe aujourd'hui comme si le Préfet est l'ordonnateur principal des dépenses, ce qui confirme ou infirme le faible degré d'autonomie conféré aux hôpitaux départementaux du Bénin.

3-3 LE SYSTEME HOSPITALIER DU BENIN

Le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et l'Ouémé est le cadre institutionnel de cette recherche. Il représente un maillon de la pyramide sanitaire et du sous-secteur hospitalier constitué d'établissements hospitaliers publics et privés. Ce sous-secteur est constitué de trois niveaux :

- le niveau national de ce sous-secteur est représenté par le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutougou MAGA et autres établissements- hospitaliers universitaires ;
- le niveau intermédiaire représenté par les Centres hospitaliers Départementaux ;
- le niveau périphérique qui contient les Hôpitaux de zone (HZ) publics et privés.

Ces trois niveaux sont coordonnés par la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers en relation avec les autres Directions centrales et techniques (Décret N°2012-272 du 13 août 2012 portant attributions,

organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé).

Au niveau intermédiaire, le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau est sous l'autorité directe de la Direction Départemental de la Santé.

Le Réseau National des Etablissements Hospitaliers et de Soins (RNEHS) : De nos jours et après la décentralisation, le système hospitalier s'est agrandi avec la création de trente-quatre (34) structures hospitalières ; chacune coiffée par un hôpital de zone.

A ce jour, tous les hôpitaux de zone sont entièrement construits et rendus fonctionnels. A ceux-ci s'ajoutent les cinq (05) anciens hôpitaux départementaux, les hôpitaux privés et confessionnels dont l'effectif s'élève à 12. L'hôpital de zone représente la toute première référence pour la population de la zone sanitaire, elle-même représentant l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Il est destiné à desservir une aire sanitaire d'une population de 100.000 à 200.000 habitants selon la norme régissant sa création (Parmi les hôpitaux de zones, il y a les hôpitaux départementaux, au nombre de six dont celui de l'Ouémé / Plateau et celui de Borgou / Alibori en sont les plus anciens. Les hôpitaux publics constituent un grand réseau d'établissements de soins pour assurer la prise en charge hiérarchisée des problèmes de santé, sous l'action régulatrice de

l'État et de la société civile à travers ses organismes participatifs et de prévoyance sociale.

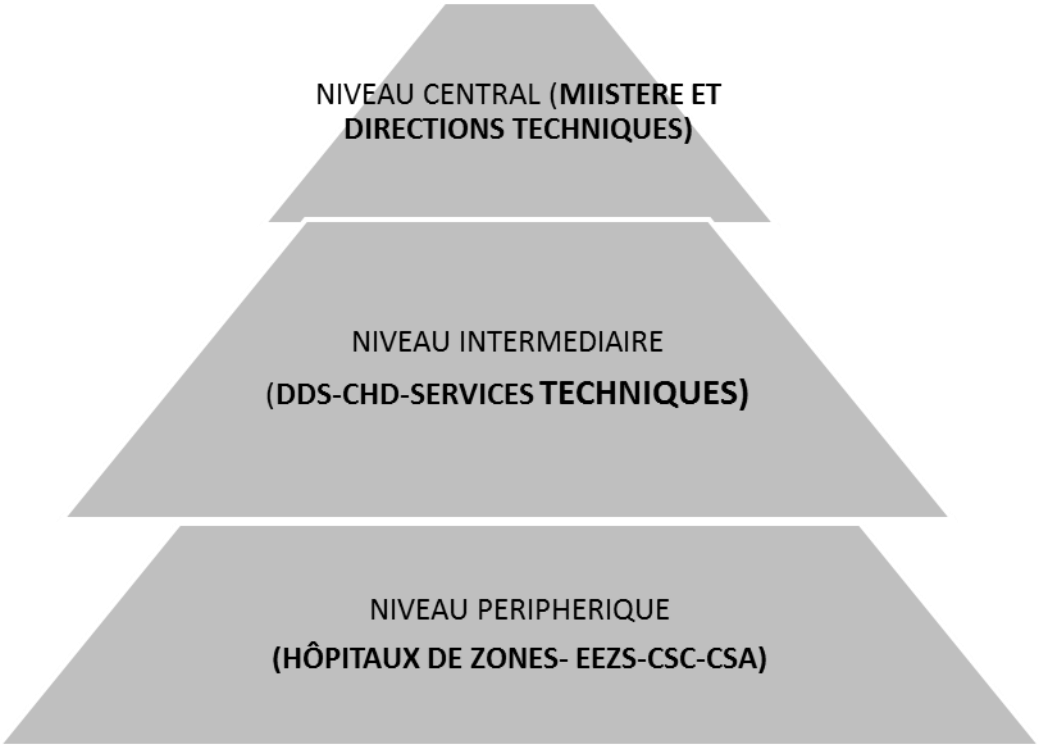


Figure 7 : Pyramide sanitaire
Source : Adapté de DEGUENON 2011

Tableau V : **Le réseau hospitalier du Bénin**

DEPARTEMENT	C H D	H Z public	H Z privé /confessionnel	Autres	T OT AL
Atacora- Donga	1	4	1	-	6
Atlantique-Littoral	1	5	2	4	12
Borgou-Alibori	1	3	4	3	11
Mono-Couffo	1	4	0	0	5
Ouémé-Plateau	1	5	0	4	10

Zou--Colline	1	6	0	1	8
TOTAL	**6**	**27**	**7**	**12**	**52**

Source : SNIGS/ MS- 2010

3-4 LE CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE L'OUEME ET DU PLATEAU (CHD/OP)

3-4-1 Contexte historique

Le Centre Hospitalier Départemental de l'ouémé et du Plateau est créé au début des années 1900. Il était construit sur le camp militaire au temps du Général Dodds, ancien gouverneur français de l'ex-AOF.

Les travaux de SINOU et OLOUDE 2004, réalisés sur Porto-Novo, ont situé cet hôpital dans son contexte historique et épidémiologique. « Commencé à la fin du XVIII ème siècle, l'hôpital de Porto-Novo était l'un des premiers édifices publics de la ville. A cette époque, il ne pouvait pas servir de référence pour patients autochtones atteints de la fièvre jaune, pathologie épidémique des régions forestières du golfe du bénin. Il servait au contraire à enfermer les malades européens non atteints afin de limiter les risques de contagion au sein de la population » autochtone. Tous les patients autochtones atteints de cette pathologie étaient référés au service de grandes endémies.

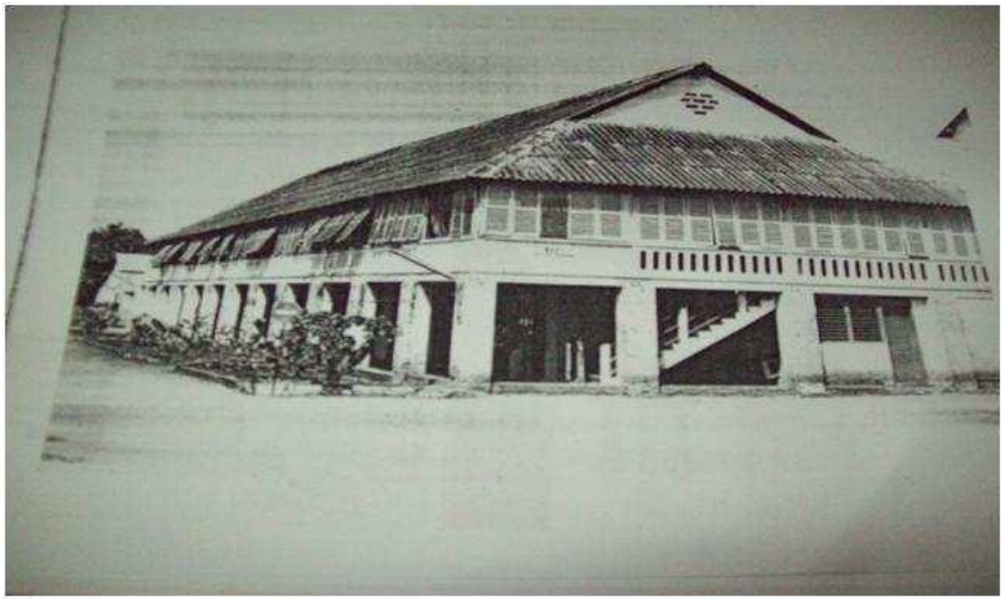


Photo 1 : Hôpital de Porto-Novo dans sa première architecture, début xixème siècle
Source : Reproduction d'Alain SINOU et OLOUDE 2004

Cette photo présente la première architecture de l'hôpital de Porto- Novo, révélatrice d'une culture écologique qui tient compte du climat et de l'existant géo spatial : fenêtres et escaliers en bois, toiture en tuile. Pendant cette période, l'hôpital de Porto- Novo était dénommé ambulance. Cette structure répondait de l'hôpital Le DANTEC de DAKAR, capital de l'ex Afrique Occidentale Française (AOF). Elle desservait le sud-ouest du Nigeria, le sud-est du Togo, une partie des départements du Mono, du Zou, de l'Atlantique et de l'Ouémé. Cette période correspondait à celle où les conditions de séjour étaient jugées acceptables par les populations démunies et pour des fonctionnaires de catégories professionnelles supérieures. Selon un ancien travailleur âgé de 85 ans, les draps étaient fournis par l'Administration hospitalière et étaient changés après 24 à 48h, selon les catégories

de patients. Aussi, la disponibilité de médicaments venus de l'occident rehaussait la qualité des soins. La présence des fonctionnaires ''Blancs'' dans les administrations africaines favorisait l'envoi dans nos hôpitaux des spécialistes qualifiés face à une population moins nombreuse, ce donnant à l'infirmerie de garnison, devenue l'hôpital de Porto-Novo, une renommée qui dépassait les frontières géographique de l'ex-Dahomey. Avec la disparition du camp militaire et la reconstruction de l'Assemblée Nationale, le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau occupe un espace plus grand de 5,6 hectares. Il est situé au quartier Ouenlenda, juste derrière les locaux de l'Assemblée Nationale et du Jardin des Plantes de la nature (JPN). Il dispose d'infrastructures de spécialité comme les services d'oto-rhyno-laringologie, de rééducation fonctionnelle, de cardiologie, du laboratoire, de la radiologie et des blocs opératoires, etc.. Ces services lui confèrent le statut d'un hôpital de référence. Ces infrastructures confèrent à celui-ci un statut d'hôpital de référence, non seulement pour les populations béninoises du sud-est Bénin, mais aussi pour celles des contrées voisines du Nigeria et du Togo, en activité au Bénin. La mise en place de ces infrastructures a été possible grâce d'une part à la coopération décentralisée et à la participation d'opérateurs économiques de la ville de Porto-Novo. C'est ainsi que les anciens bâtiments de la médecine et de la pédiatrie ont été réaménagés entièrement par deux natifs de Porto- Novo en 1989, ce respectivement par EL HADJA Ibatou GLELE et EL HADJ Waidi

BADIROU, tous membres de la Communauté musulmane de Porto-Novo. Cette participation au niveau local a été le motif de l'engagement de l'ex Fonds Européen de Développement actuellement devenu l'UNION EUROPEENNE dans la réhabilitation complète de l'hôpital, réceptionné en 2000 avec un plateau technique renforcé.

La période postcoloniale correspond à des phases successives de transformation des structures sociales. L'année 1960 est le point de départ de ce processus avec la jouissance des pays africains de leur indépendance ou de leur souveraineté nationale. L'administrateur national a alors pris la relève du colonisateur. Celui-ci faisait de la généralisation de la Médecine moderne son'' cheval de bataille''. Cette responsabilité directe sera, en fait, très rapidement partagée avec les anciennes métropoles de tutelle, sous forme d'Accords d'Assistance et de Coopération. Cette période part de 1960 avec les indépendances africaines jusqu'à la Déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires en 1978. Ces deux évènements ne constituant pas des références en tant que phénomènes de société ; sont plutôt à l'origine de transformations fondamentales des piliers de développement, notamment : le politique, l'économique, le social et le culturel, ainsi que les valeurs liées au pouvoir, au savoir et à l'identité.



Photo 2 : Bâtiment ancien d'hospitalisation de la Chirurgie
Source : Cliché DEGUENON 2012

- la prise de Décret n°88444 du 18 novembre 1988 portant autorisation de la vente des médicaments essentiels et rétention des recettes des structures sanitaires publiques, et son arrêté d'application n° 675/MSP-MF du 27 février 1989 ;
- la prise du Décret n° 90347 du 14 novembre 1990 portant statut des hôpitaux publics dénommés Centrent Hospitaliers Départementaux (CHD) et structures sanitaires assimilées ; permettant à l'hôpital public de Porto-Novo d'installer son Conseil d'Administration.

Ce bâtiment a servi comme unité d'hospitalisation de la chirurgie. La réhabilitation a essayé de ne pas le casser pour y laisser la plus minime trace.

Des années 80 au début des années 90, la conscience collective des dirigeants du secteur santé était galvanisée autour du concept d'autonomie, un des principes fondamentaux du développement durable : «Pas de développement durable sans

autonomie institutionnelle et organisationnelle » (FAUCHEUX et O'CONNOR 1994). Aussi, dans le cours du professeur BIAOU Gauthier intitulé « Dimensions écologique et sociale du développement » page 23, il est mentionné que « cette autonomie se construit progressivement à travers des efforts de renforcement permanent des capacités de gestion des cadres qui forment l'institution et de la satisfaction des bénéficiaires directs ».

Dès lors, la gestion administrative qui fut centralisée, devenait en plus assouplie. En effet la centralisation s'intégrait à un contexte politique national dit révolutionnaire, marqué par l'Etat et son parti unique d'inspiration marxiste-léniniste, qui nommaient des administrateurs militaires à la tête des hôpitaux publics. Jusqu'en 1982, le Gouvernement béninois s'était engagé dans une politique de prise en charge des pathologies locales, développant la mise en place de plusieurs centres de santé. Ce processus a évolué sans laisser quelques traces positives sur les vieilles structures sanitaires comme le l'hôpital de Porto-novo, malgré le versement intégral de leurs recettes dans les trésors publics et l'allocation d'une partie de leur budget de fonctionnement. Aujourd'hui, l'hôpital de Porto-Novo s'est agrandi et a une vocation plus grande.

Les années 1990 correspondaient politiquement à celles de l'avènement du Renouveau démocratique, avec ses corollaires : la décentralisation des services de santé, la démilitarisation de l'administration hospitalière, la déconcentration du

pouvoir administratif et la libéralisation de la conscience professionnelle.

La période comprise entre 1994 et 2000 correspond à celle de la réhabilitation de l'hôpital public de Porto-Novo par les opérateurs économique et la coopération décentralisée. Deux stratégies ont été mises en œuvre ; d'une part, notamment la réfection d'infrastructures primaires de soins telle que la médecine, la maternité et la chirurgie ; d'autre part la construction de nouveaux bâtiments pour la mise en place des spécialités, ce donnant naissance à d'autres infrastructures beaucoup plus grandes. C'est le cas du laboratoire, la radiologie, le service des urgences, banque de sang, la pharmacie, les soins intensifs, les blocs opératoire et obstétrical ; pour ne citer que ceux-là.



Photo 3 : Une partie de l'hôpital de Porto-Novo entièrement réhabilité (1990-2000)
Source : Cliché de DEGUENON 2012.

Cette photo présente le nouveau visage du premier bâtiment du temps colonial (photo La forme actuelle de ce bâtiment résulte de deux périodes de réhabilitation, celle des années 70 et celle des 90 à 2000. Au cours de ces deux

processus, ce bâtiment a servi successivement comme laboratoire et maternité actuellement. En somme, nous distinguons trois générations de mise en place des infrastructures hospitalières dans l'hôpital de Porto-Novo.



Photo 4 : Nouveau visage de la pédiatrie
Source : Cliché DEGUENON, mars 2012

L'hôpital dispose de :

- Une (01) cuisine qui prépare les mets suivant un programme et les sert systématiquement aux patients quelles que soient leurs catégories. Trois repas sont distribués en vingt-quatre heures : petit déjeuner entre 7h 30mn et 9h 30mn, le déjeuner entre 13h et 14h30, le dîner offert plus tôt entre 19h et 19h 30mn ;
- Deux (02) cantines animées par des vendeuses privée ;
- Plusieurs abris - familles et hangars pour contenir les accompagnants ;

- De latrines et de douches pour usagers, patients et gardes-malades ;
- Plusieurs espaces verts aménagés (sous les neems) donnent à l'hôpital un statut écologique particulier.



Photo 5 *:* Espace ''cuisine,'' un hangar couvert de tôle abrite des foyers économiques, lieu de préparation des repas.
Source : Cliché de DEGUENON, 2012



Photo 6 : Espace ''bois de chauffage'' : un hangar abrite ces bois obtenus par l'abattage de quelques arbres de l'hôpital
Source : Cliché de DEGUENON, 2012

Ces dispositifs font de l'hôpital un espace de vie, de couleur et de culture. Pour tout étranger, la structure se présente comme un village où les garde-malades se sentent comme chez eux avec leurs façons habituelles de vivre. Ils y développent des formes de solidarité ou de sociabilité. De divers modes d'intégration y sont observés et adaptées à leurs besoins. Cela fait de l'hôpital un espace de rencontre de cultures : - une culture domestique fait de modes de penser et d'agir – une culture spécifique développée par le personnel de santé – une culture d'intellectuel ou du savant – une culture particulière de l'usager qui n'a qu'une faible connaissance des exigences du milieu hospitalier. Les chocs qui s'observent entre usagers et prestataires pendant l'accueil et dans les salles d'hospitalisation avant la phase de compréhension et d'équilibre en sont les révélateurs.

3-4-2 Infrastructures et plateau technique

Selon les dispositions du Décret n° 90 / 347 du 14 novembre 1990 portant statut des Centres Hospitaliers départementaux et formations sanitaires assimilées, le CHD-OP est composé de services médicotechniques et de services administratifs. C'est un hôpital de type pavillonnaire dont les services médicaux et techniques sont répartis comme suit :

Tableau VII : Les services du CHD-OP

Services médicaux – techniques	**Services administratifs**
Médecine Interne	Service des Affaires Administratives et Économiques (SAAE)
Chirurgie Générale	
Pédiatrie – Néonatologie	Service des Affaires Financières (SAF)
Gynéco-Obstétrique	
Urgences et Tris	Surveillance Générale (S G)
Ophtalmologie	
ORL	Les Cellules rattachées à Direction de l'hôpital sont :
Odonto – Stomatologie	L'Hygiène hospitalière et la Cellule de Développement Hôpital et Assurance Qualité, la Maintenance, la Statistique et Gestion des malades
Anesthésie – Réanimation	
Unité de Psychiatrie	
Unité de Cardiologie	
Unité de Dermatologie	
Unité de Diabétologie	
Laboratoire	
Radiologie	
Pharmacie	
Rééducation fonctionnelle	
Service social	

Source : Adapté de DEGUENON (2012)

Le plateau technique est constitué de **:**

1 Bloc opératoire central muni de quatre (4) salles d'interventions et d'un bloc de stérilisation centrale ;

1 Unité de soins intensifs avec une salle des brûlés ;

1 Bloc obstétrical avec deux (2) salles d'interventions ;

1 Unité d'Électrocardiogramme ;

Cabinets dentaires ;

1 cabine d'audiométrie ORL ;

5 sections d'analyses biomédicales du Laboratoire (Biochimie – Hématologie – Bactériologie, Sérologie et Parasitologie) ;

Unité de Radiologie et d'échographie ;

Centre de réadaptation fonctionnelle ;

Banque de sang ;

1 Unité de préparation des solutions à la Pharmacie**.**

Capacité en lits d''hospitalisation : 365 lits et 25 berceaux, répartis comme suit : Pédiatrie 85 – Médecine interne 80 – Gynécologie et obstétrique 78 –Réanimation 10 – Salle de réveil 12 – Salle des urgences 09 – Ophtalmo-Stomato-Orl 18 – Chirurgie 74.

Cette capacité évolue en plus avec le temps avec la mise en place d'autres infrastructures en fonction des besoins et de la disponibilité en personnel de santé

Tableau VI : Récapitulatif des transformations structurelles successives du CHD-OP

PÉRIODE	**DÉNOMINATION**	**INFRASTRUCTURES MÉDICO-TECHNIQUES**
COLONISATION (1 è r e GENERATION)		

1900-1940	Centre de santé de la garnison sise sur le camp militaire du Général Dodds	Niveau 0 : 02 bâtiments pour les soins, 01 pour toutes les hospitalisations confondues à 06 salles réparties selon les grades.
1940-1960	Hôpital de Porto-	Niveau 0 +1 ; 03 bâtiments ajoutés
PERIODE DES INDEPENDANCES (2ème GENERATION)		
1960 -1972	Hôpital de Porto-Novo	Idem
PERIODE REVOLUTIONNAIRE		
1972- (1974)- 1990))	Centre Hospitalier Provincial* de l'Ouémé	Niveau 0+1+2 02 premiers bâtiments entièrement réaménagés.
PERIODE RENOUVEAU DEMOCRATIQUE (3ème GENERATION)		
1990-2000 (1994-1998) Grande phase de réhabilitation (1998-2000)	Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé	Niveau 0+1+2+3 Construction achevée de 07 infrastructures par le Fonds Européen de l'Union Européenne.
2000-2015	Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé / Plateau	Réfection des bâtiments de la médecine, la pédiatrie et la chirurgie hospitalisation et construction d'un nouveau bloc obstétrical, Renforcement des services administratifs, Amélioration des espaces réservés aux accompagnants

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE

4-1 CONSTITUTION DU CHAMP DE LA RECHERCHE

Ce premier travail s'inscrit dans une éthique particulière, favorable à la connaissance des éléments du champ de la recherche. Cette éthique se décline en trois étapes : le silence, l'écoute et l'énonciation.

Première étape : le silence

Cette première étape, a consisté à retrouver dans nos sociétés africaines et plus particulièrement au Bénin ceux qui auraient pu faire partie de notre bibliographie. Nous mettons ici un accent particulier sur les personnalités qui ont connu l'hôpital de Porto-Novo depuis les années 50 et qui ont pu témoigner de son évolution ; nous les désignons sous le vocables '*'informateurs-clés''*. Les textes auxquels nous avons eu recours sont contenus dans des documents déjà formalisés.

C'est un fait qu'il existe très peu de documents dans nos bibliothèques sur l'hôpital public en Afrique et de manière plus spécifique sur la gouvernance hospitalière. La preuve en est que des universités du nord sont dans la tentative de reconstruire l'histoire de l'hôpital public en Afrique (MABIKA, 2008). Elles ont organisé des rencontres pour réfléchir sur la thématique. La première est organisée du 3 au 5 janvier 2008 à Bâle en Suisse, portait sur le thème '*'The History of the*

hospital as a biomedical and social in Africa''en vue de susciter une émergence des projets de recherche sur le sujet dans les universités de Cape Town et de Bâle. Une vingtaine de chercheurs des champs de l'anthropologie médicale, de l'histoire africaine et de l'histoire sociale de la médecine, y étaient. La seconde est tenue dans le Groote Schuurhospital de Cape Town en Afrique du Sud du 24 au 26 novembre 2008, a approfondi le même thème relatif à l'histoire de l'hôpital en Afrique.

Au Bénin, les 7èmes rencontres hospitalières organisées à Cotonou en 2005 ont été l'occasion pour le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau de recevoir des managers expérimentés dans la Nouvelle Gouvernance Hospitalière. Le Directeur du Centre Hospitalier Général de LAVAL, Monsieur Philippe MARIN, ainsi que son adjointe Mme Anne- Claire AMPROU, ont présenté leurs expériences au cours d'un exposé dont le contenu ne pourrait pas s'adapter aux contextes africains de développement de l'hôpital public. La considération de ce passé jonché d'embûches et de contradiction est très nécessaire pour la mise en place d'une gouvernance propre à chaque pays.

Eléments constitutifs du champ de recherche : La gouvernance hospitalière est déclinée en quatre dimensions que sont le contexte institutionnel, la capacité organisationnelle et fonctionnelle, l'offre de soin, la motivation du personnel et la satisfaction des usagers. Chaque dimension est déclinée en variable suivant le graphique ci-dessous :

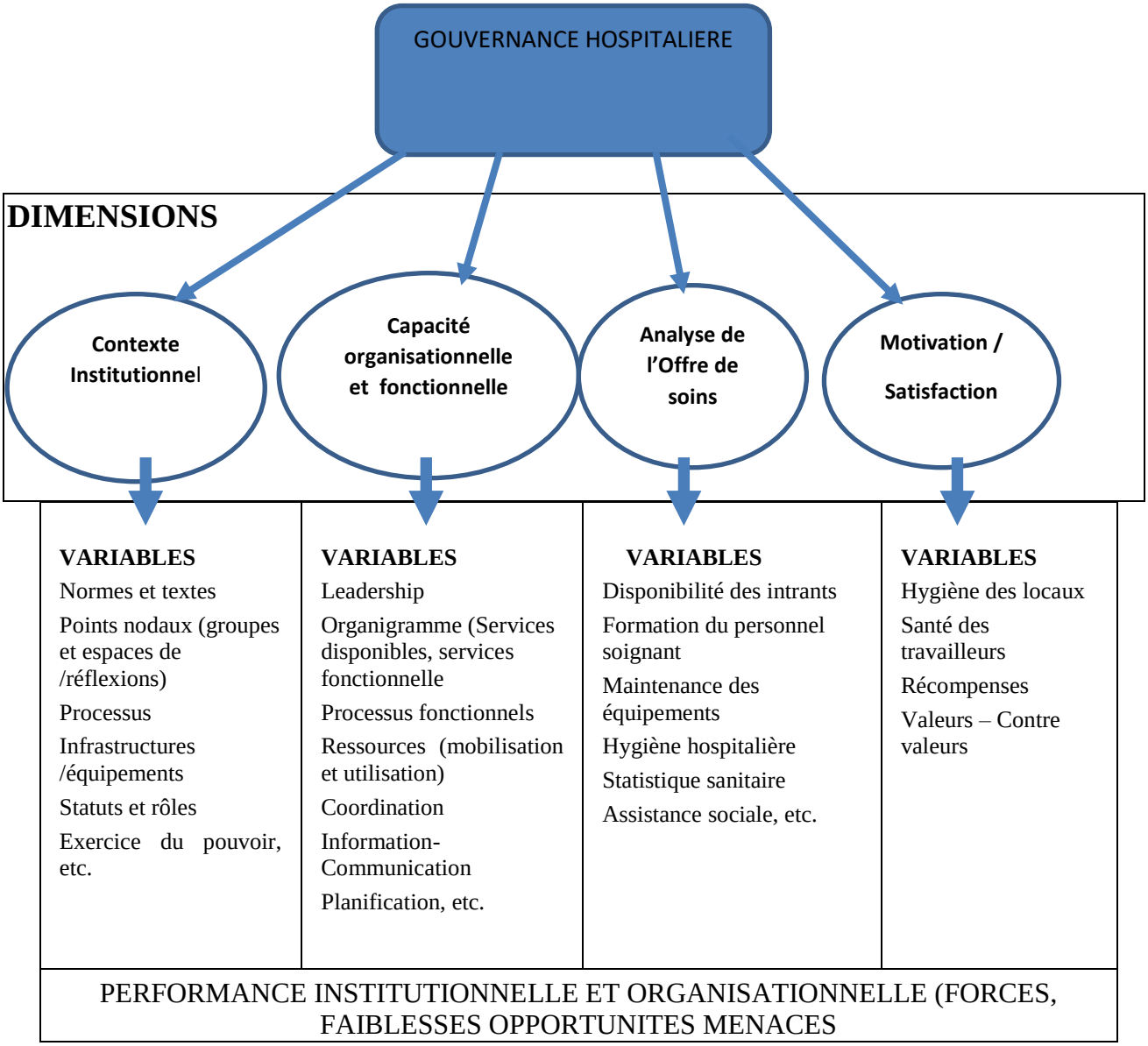


Figure 8: Champ de la recherche
Source : DEGUENON (2012).

La gouvernance hospitalière, inscrite dans ce cadre, peut se définir comme l'ensemble des mécanismes par lesquels les acteurs définissent et poursuivent la mission de l'hôpital (notamment les usagers, les patients, les services et l'accès aux soins et services de santé) et assurent la pérennité en s'adaptant à l'environnement, en prévenant et surmontant les crises. Cette mission peut évoluer dans le temps, mais doit rester maîtrisée par les

acteurs. Les préoccupations en termes de gouvernance s'inscrivent dans un objectif général de qualité et de durabilité.

La gouvernance, comme objet, représente une catégorie de faits sociaux. Elle se réfère aux processus collectifs, formels et informels, qui déterminent, dans une société donnée, la manière dont les décisions sont prises et les normes ou institutions élaborées relativement aux affaires publiques.

Postulat : Toute société, qu'elle soit globale ou locale, élabore ses propres processus et modèles de gouvernance, ses propres systèmes de prise de décision ou de résolution des conflits entre ses membres, ses normes et institutions. La gouvernance n'est donc pas un « modèle » spécifique qu'il est « souhaitable d'encourager » et il ne peut y avoir plus ou moins de gouvernance. Il ne s'agit pas d'un concept normatif ou prescriptif. ***La gouvernance est un fait social***. Elle n'est ni bonne, ni mauvaise à priori, mais dotée de caractéristiques analysables et interprétables.

La méthode servant à l'analyser est réaliste, interdisciplinaire, comparative, généralisable, réflexive et opérationnelle. Elle décrit les faits tels qu'ils sont et non tels qu'ils devraient être. Ce champ de recherche est également le cadre analytique qui est essentiellement composé de cinq éléments : les acteurs, les points nodaux, les normes et les processus, les problèmes ou enjeux.

Les points nodaux : On entend par point nodal, un lieu ou espace physique où convergent divers problèmes, trajectoires d'acteurs, processus (temps et

espace), et où des décisions sont prises, des accords sont conclus et des normes sociales sont élaborées. Le « point nodal » est un espace d'observation où se croisent des projets, de cultures, des visions et des intérêts distincts, portés par les acteurs qui y participent (par exemple une table de négociation, le conseil d'administration ou de direction, etc.) ou virtuels (par exemple une conférence par internet),

Les normes qui doivent être considérées du point de vue sociologique, c'est-à-dire reflétant les attentes collectives pour ce qui est considéré comme un comportement approprié dans une société donnée. Elles peuvent être légales (inscrites dans le droit positif de l'État-Nation), formelles (reconnues par les autorités de la société étudiée) ou informelles (produites par la pratique des acteurs). Les normes sociales constituent un enjeu majeur, à savoir, en premier lieu les règles du jeu, et en second lieu, les règles permettant de déterminer qui définit les règles et comment. Les normes orientent le comportement des acteurs et sont modifiées par l'action collective, comme le souligne l'économie institutionnelle « classique ». Les normes s'appuient sur des valeurs ou des croyances et incluent une prescription et des sanctions positives ou négatives. Elles peuvent influencer le comportement de l'acteur et sont modifiées par l'action collective. Lorsque les normes sont récurrentes, elles s'institutionnalisent.

Les processus : Les processus sont une succession d'états par lesquels passe un système. Ils introduisent l'historicité au sein des modèles de gouvernance.

Il est ainsi possible pour un objet donné, ou un point nodal, d'identifier des séquences qui permettent d'évaluer la direction dans laquelle ces processus évoluent et de localiser les facteurs favorables au changement.

De manière plus spécifique, ce cadre est subdivisé en trois strates ou niveaux de la gouvernance. Le terme de niveau renvoie à un degré de généralité de la gouvernance, c'est-à-dire les activités, les normes et les procédures qui régissent ces activités.

Au niveau centralisé, il n'existe plus qu'un référentiel s'appliquant à l'ensemble de la juridiction représentée par l'ensemble des acteurs du sous-secteur hospitalier.

Au niveau intermédiaire, plusieurs systèmes peuvent horizontalement coexister et se faire aussi concurrence (par exemple sous la forme d'une rivalité entre différents acteurs. Les deux critères nous ayant servi à distinguer ces niveaux sont la forme de l'adhésion à ces référentiels (volontaire ou non) et leurs champs d'application (plus ou moins collectifs).

Au niveau le plus décentralisé, se trouvent les personnels de santé représentés par leurs syndicats et leurs délégués, ainsi que les patients ou tout usager externe à l'hôpital.

Les analyses faites aux niveaux structurels et organisationnels sont basées sur les rôles définis dans le Décret n° 2012-272 du 13 août 2012 portant attributions, organisation, et fonctionnement du Ministère de la Santé et le Décret 90-347 du 14 novembre 1990 portant statuts des Centres Hospitaliers

Départementaux et Formations Sanitaires Assimilées.

Tableau VII : Rôles des acteurs et éléments de recherche à divers niveaux de la pyramide sanitaire

Niveau central Présidence de la République(Le Président de la République, Haut Commissaire de la Gouvernance Concertée) Ministère de la santé : (Ministre de la santé et le Directeur National des Etablissements Hospitaliers et de Soins Structures Hospitalières Nationales Partenaires nationaux et internationaux) et organisations syndicales.	Définition des orientations politiques et stratégiques nationales de santé Mise en œuvre du pouvoir stratégique (Elaboration, gestion évaluation des programmes de santé : la Législation hospitalière(ordonnances, lois, décrets, arrêtés), la qualité des soins et l'hygiène hospitalière, la coordination des ressources et des activités hospitalières, la formation du personnel de santé (*Quels sont les facteurs explicatifs de la mal gouvernance hospitalière au Niveau National et en particulier au Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau ?*
Niveau intermédiaire La Direction Départementale de la santé l'Ouémé et du Plateau (Le Directeur Départementl de la Santé de l'Ouémé et du Plateau) Le Centre Hospitalier Départemantal de l'Ouémé et du Plateau (Le Directeur du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau) Les structures partenaires (la Préfecture, la Mairie, le Trésor public, la Direction départementale de travail, le Conseil des sages, les opérateurs économiques, les fournisseurs, les syndicalistes	Déclinaison des programmes nationaux en Plan opérationnel ou Plan de travail annuel (PTA) . (*Quelles sont les forces et les opportunités qui favorisent la bonne gouvernance du CHD/OP, les faiblesses et les menaces qui s'opposent à son développement)?* *Comment le Directeur manage son hôpital ?* *Comment les décisions prises au niveau des instances sont appliquées ?* *Que font les instances de prise de décisions à travers diverses circonstances ?* *Comment les ressources sont elles* acquises *et gérées à chaque niveau de l'hôpital(administration et services médico techniques ?* *Comment les usagers apprécient la qualité des prestations hospitalières ?* *Evaluer les relations avfournisseurs et les partenaires locaux et extérieurs ?* *Connaître les attentes des usagers*

	internes *Identifier les tensions internes à travers les relations soignants et soignés*
Niveau Périphérique Patients et Collectivités locales (Maire, Chefs d'arrondissement, Chef quartier) Structures sanitaires locales CSA, CSC, HZ (Responsables des structures sanitaires)	*Comment les décisions prises au niveau intermédiaire influent sur les mentalités et la perception de la marque de l'hôpital,* *Connaître les attentes des usagers externes et comment elles sont exprimées,* *Comment les mentalités et les pratiques locales influent-elles sur la qualité des soins et services* *Comment le contexte historique, socioculturel et économique influe-t-il sur la gouvernance hospitalière*

4-2 PROCESSUS DE LA RECHERCHE

La recherche comporte les préparatifs, l'échantillonnage, la collecte, le traitement et l'analyse des données.

4-2-1 Préparatifs

La phase préparatoire comporte **:** *les rencontres, la documentation, et la confection des outils de collecte.*

S'agissant des rencontres, Plusieurs ont été effectuées pour présenter à certaines personnes responsables à des niveaux institutionnels donnés et

pouvant manifester un intérêt particulier à la présente recherche. Nous évitons de citer ici des noms pour respecter l'un des principes fondamentaux de l'éthique de la recherche, celui de l'anonymat.

Quant à la documentation, elle a comporté une phase préliminaire pour faciliter la rédaction de la problématique et faire le point des connaissances sur le sujet. La phase secondaire nous a permis de prendre en compte l'effort de ceux qui avant nous, ont parlé et écrit sur les thématiques de la gouvernance et le fonctionnement des structures sanitaires. Aussi avons-nous eu recours à des notices bibliographiques, diverses annotations contenues dans des articles de publication et témoignages recueillis auprès d'informateurs clés. Cette première étape a donc consisté à réunir des données historiques écrites sur l'hôpital depuis les temps coloniaux, son fonctionnement et ses difficultés à travers les changements sociaux, politiques, économiques et temporels et la deuxième à une étude des différents rapports de réunion et d'activités hospitalières. C'est un fait que la rareté des recherches sur les établissements hospitaliers de santé n'est plus à démontrer lorsque, au niveau international, des ateliers sont récemment organisés pour réfléchir sur l'histoire de l'hôpital en Afrique. Le plus récent a été tenu en 2008, du 24 au 26 février dans le Groote Schuur hospital de cape Town en Afrique du sud, où fut réalisée la première implantation cardiaque en 1967. Il s'agissait là de revoir l'histoire de l'hôpital en tant qu'institution à la fois biomédicale et sociale.

Cette recherche documentaire est basée sur une bibliographie existante et très peu disponible sur place dans les bibliothèques et centres de documentation des institutions publiques et privées. Des ouvrages généraux de méthodologie, d'anthropologie médicale et de sociologie hospitalière ont été lus et exploités. Les ouvrages spécifiques sur le développement durable dans les hôpitaux et la gouvernance managériale de la qualité sont rares dans les bibliothèques nationales, mais se retrouvent sur le site Web et concernent certains pays du Nord. Nous avons eu recours à ceux publiés sur le web concernant certains pays africains et européens. Les études et travaux réalisés sur le sujet, mémoires et thèses, sont aussi rares. Certaines ne présentent que quelques bribes d'aspects sur la gouvernance hospitalière.

Plusieurs outils ont été utilisés notamment les guides d'entretien, grille de lecture des documents, poste enregistreur, cassettes, les fiches de consentement éclairé, micro-ordinateur et des logiciels spécifiques à l'enregistrement et à l'analyse des données, un plan de masse de la structure étudiée, un appareil photographique pour la prise de vues sur le terrain, etc. Cinq enquêteurs sur la collecte des données : Il s'agit d'une formation en trois jours pour faire connaître les thématiques et tester les outils de collecte.

Tableau VIII : **Cadre de la revue documentaire**

N°	Sources de documentation	Nature du	Informations obtenues

1	Bibliothèque de l'INJEPS/Porto-Novo	Livres, mémoires et revues	Informations générales sur les approches sociologiques des organisations
2	Bibliothèque de L'Ecole National d'Administration	Mémoires et rapports	Management des organisations ; La gestion des malades au CHD-OP
3	Direction de la Recherche en Santé	Modules de formation	Notes sur l'éthique de la recherche en santé
4	Centre de Documentation du Ministère de la santé	Livres, mémoires, articles	Développement de la problématique, constitution de la bibliographie
5	Site Web	Articles, mémoires, thèse, autres Publications	Expériences des pays africains européens et en matière de la gouvernance hospitalière, notes méthodologiques.
6	Cours de méthodologie	Fascicules, livres	Concepts fondamentaux, stratégies et approches de développement
7	Personnes spécialistes de la question de gouvernance	Livres Publications OMS	Les principes de la recherche sur les systèmes santé Les théories sur l'éthique et la déontologie

Source modèle AMOUZOUVI 2008

4-2-2 L'échantillonnage

Le mode d'échantillonnage réalisé est celui de type stratifié à quatre niveaux : services, administration, patients, personnes externes.

Choix des services : Deux niveaux de choix : les services médico-techniques et les divisions administratives qui fonctionnent tous les jours. Les services médicotechniques reçoivent les patients et les divisions administratives traitent les aspects liés au fonctionnement de l'hôpital. L'enquête a été réalisée sur les agents de santé capables de fournir d'informations fiables (**informateurs-clés**) sur les problèmes liés au fonctionnement de leurs services.

Sur les quinze (15) services médico – techniques de l'hôpital, nous choisissons cinq (05) du fait de l'importance quantitative de leur fréquentation; soit un sondage au 1/3 des services. Il s'agit de la médecine interne, la pédiatrie, la maternité, la chirurgie et le service des urgences. Au niveau de l'administration, toutes les divisions du service des affaires administratives et économiques (SAAE) sont impliquées.

Choix des personnes pour les enquêtes individuelles **:**

Agents de santé : Un choix raisonné de huit **(08)** répondants appartenant à diverses catégories professionnelles et par service est fait. Soit deux (02) médecins, deux (02) infirmiers, deux (02) aides-soignants, un (01) agent d'entretien et un (01) secrétaire; sur les cinq services médicaux et techniques à savoir la pédiatrie, la médecine, la chirurgie et la maternité. Ainsi, nous avons ciblé **40** répondants pouvant donner des réponses concernant l'ensemble des catégories professionnelles des services.

Usagers/Patients à l'interne : Le choix au hasard d'usagers (malades hospitalisés ou gardes malades) s'est fait au hasard ; soit **50** par service choisis à raison de cinq (05) par semaine sur une durée de 45 jours.

Usagers externes ayant fréquenté l'hôpital il y a moins de cinq ans : 5**0 répondants**

Soit un total de 250 répondants

Les groupes nominaux et leurs membres :

Groupe A : D i r e c t e u r de l'hôpital, Chef service des affaires administratives et économiques, Chef service des affaires financières, et Surveillant général, président CMC **:** Cinq (05 répondants).

Groupe B : Membres des Comités de direction et des différents organes rattachés à la direction **:** Vingt (20).

Groupe C : Responsables de divisions administratives maintenance, hygiène hospitalière, gestion des malades et statistiques, économat, assurance qualité et développement hospitalier : Cinq (05).

Groupe D : Chefs services et surveillants de pavillons : Vingt (20)

Groupe E : D é l é g u é s du personnel et membres d'organisations syndicales : Dix (10**).**

Soit un total de **60 personnes** des groupes nominaux

A l'extérieur de l'hôpital, quatre-vingt (**80**) informateurs politico-administratifs (50) ont fréquenté une fois au moins l'hôpital ces cinq dernières années et une représentation des collectivités locales composée de vingt (20) personnes, le groupe des fournisseurs (10)

*L'échantillon est diversifié et constitué de **480** personnes réparties comme suit :*

Usagers / Patients	250
Usagers externes ayant fréquenté l'hôpital	50
Agents de santé	40
Personnel administratif (membres des groupes nominaux	60

Informateurs politico-administratifs externes et fournisseurs	80
TOTAL	**480**

4-2-3 La collecte des données

Plusieurs techniques ont été mises en œuvre pour atteindre les objectifs fixes. Celles-ci ont été utilisées suivant les règles de l'éthique de la recherche en santé :

- *L'observation directe :* Elle consiste à observer et à noter les attitudes des usagers et du personnel envers l'environnement et les soins ; ainsi que les interactions entre eux. Une manière d'observer ces interactions consiste à se faire passer pour un patient. Un observateur formé se présente dans l'hôpital comme s'il était un patient venu pour se faire soigner. Les différents services et structures en charge de la mise en œuvre des activités d'organisation, de gestion administrative, financière et matérielle, ont été observés à l'aide d'une grille d'observation. Les éléments observés sont : L'environnement de travail (état de propreté et de disponibilité des différents services, disponibilité des prestataires, dispositif d'accueil des clients, attitudes et comportements du personnel, des clients et des accompagnants), les infrastructures notamment les matériels et les équipements, les documents « preuves » tangibles des réalisations.

- *Les enquêtes individuelles ou de groupes auprès des usagers : celles-ci ont*

été réalisées par les techniques suivantes :

i) La rétro-information *:* Elle est réalisée auprès des patients par le biais des fiches sur lesquels ceux-ci peuvent écrire leurs commentaires, ou par celui des entretiens à la sortie de l'hôpital. Elle nous a renseignés sur la manière dont les patients et les gardes malades perçoivent les services de santé, l'environnement des soins, l'attention que les agents de santé leur portent. Ces entretiens ont été individuels ou de groupes. Les entretiens de groupes ont été réalisés entre les patients appartenant à un même service pour leur permettre de nous dire les difficultés qu'ils ont rencontrées pendant leur séjour à l'hôpital. Notre participation aux réunions de Comité de direction, souvent élargi aux surveillants de pavillons, aux responsables des divisions administratives nous a permis d'identifier les problèmes que connaissent les services et comment la Direction œuvre pour leur résolution.

ii) La technique de groupe nominal [5](Sara Wakrim 2010) associée au vote pondéré : Elle comporte les phases ci- après :

Première phase : Clarifier les objectifs de la technique aux participants (recueillir individuellement les idées et les synthétiser en groupe) et donner les consignes spécifiques aux membres des différents groupes. La précaution prise est qu'une personne ne peut appartenir à deux groupes différents.

Deuxième phase : Remise à chacun des membres deux feuilles de travail,

[5] La technique de groupe nominal a été décrite par Sarra Wakrim; elle permet à un groupe de trouver des idées et de se mettre d'accord sur une liste de questions ou actions classées par ordre de priorité.

l'une portant dans la première colonne les variables et dans la première ligne les cotes à attribuées aux variables selon les critères prédéfinis. La seconde feuille à données identiques sur la première ligne et la première colonne, ne contient rien dans les cases vides qui seront remplies où figurent les tableaux de variables et indicateurs à remplir par les membres.

Troisième phase : Traitement des données recueillies par détermination de de l'importance relative des énoncés. Cela nous permet d'attribuer les scores à chaque variable et à la somme des variables d'une dimension de la gouvernance administrative.

Considérations éthiques : Cette collecte a fait appel à des règles qui protègent la personne humaine. L'hôpital en lui-même étant un système organique qui doit être protégé dans sa structure et fonctionnement. Ces règles considèrent la protection des personnes et de leur autonomie, la minimisation des risques potentiels pendant les enquêtes, la présentation et la maximisation de l'intérêt qu'elles peuvent tirer de cette recherche. Dans la présente étude, les dispositions éthiques suivantes sont prises notamment :

Avant chaque interview, les enquêteurs ont sollicité et obtenu le consentement libre et éclairé des participants. Ils leur ont précisé qu'ils ont le droit de répondre ou de ne pas répondre à certaines questions. Trois superviseurs dont moi-même ont été désignés pour suivre ces enquêteurs dans leurs rôles. Ils étaient chargés de récupérer à chaque passage les fiches d'enquête remplies pour éviter la fuite d'informations.

Les participants à l'étude ont été informés des risques et bénéfices liés au consentement oral, ceci dans le cadre du *respect de la personne humaine et de l'autonomie individuelle*. Ils ont été aussi informés de leurs droits de se retirer de l'étude et de ne pas répondre à une question qui les embarrasse.

Le respect de la confidentialité exige qu'aucune personne enquêtée ne fût identifiée à partir des fiches supports. Seuls les chercheurs, superviseurs et enquêteurs auront accès aux données. A cet effet, les données collectées seront manuellement codifiées et saisies selon les différentes parties du questionnaire ou du guide d'entretien.

Avant d'aborder un questionnaire ou un guide d'entretien, l'enquêteur lit la fiche de consentement au participant et lui donne le temps pour poser des questions. Le participant donne à son tour son avis oral de participer et l'enquêteur signe la fiche pour signifier son acceptation.

Le critère d'exclusion : Sont exclus les enfants de moins de 15 ans qui ont été simplement remplacés par leurs parents du fait de la faiblesse du poids de l'information que l'on pourrait obtenir auprès d'eux.

L'implication du chercheur comme source de validité des données : Dans le but de mieux observer les écarts de comportement entre personnel de santé et usagers de l'hôpital, nous nous sommes comportés en agents doubles c'est à dire enquêteurs et agents de santé à la fois. Dans ce cas, les enquêteurs ne

doivent qu'observer en non formuler des jugements. Cette subjectivité inhérente aux observations serait aussi une voie royale vers une objectivité authentique plutôt que fictive (Berge 1998).[6]

4-3 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

4-3-1 Traitement des données

Les données collectées ont été traitées suivant le processus suivant :

- *Classement des fiches et codification des variables :* Pour chaque support utilisé, les fiches ont été numérotées dans une suite chronologique des nombres entiers variant de 1 à n (n étant l'effectif des personnes enquêtées par rapport à une dimension donnée).

- ***Saisie des données dans des logiciels informatiques***

Les données ont été saisies dans l'ordre des classements dans des logiciels appropriés. Les logiciels utilisés pour le traitement sont le Word, l'Excel et le Minitab.

- ***Traitement des données relatives à l'auto-évaluation de la gouvernance***

Les groupes d'acteurs ou ‘’**groupes-objets** ‘’sont identifiés par des lettres A, B, C, D, E ; désignant respectivement :

Dans les colonnes figurent les variables ou facteurs de satisfaction, les

[6] Berge 1998, médecin de santé qui nous proposait une distanciation permanente vis- à-vis du sujet de recherche pour ne pas paraître en même temps juge et partie.

groupes d'acteurs et les scores d'évaluation. Sur les lignes figurent les critères d'évaluation.

Par rapport à chaque facteur, l'enquêté ne coche que dans un seul casier sur la ligne correspondante.

La collecte des données sur la gouvernance administrative a utilisé une grille qui permet à chaque enquêté d'exprimer dans une case correspondant à un niveau de performance les activités de la gestion hospitalière. Des codes ont été utilisés pour désigner les variables (voir annexe)

Exemple : Nombre de sessions ou assemblées organisées = NOMSESS ; Effectif de Services fonctionnels = SERFONC ; Fonctionnement des commissions = FONCOM ; Adéquation profil / poste = ADEPROPO (voir en annexe la grille d'analyse contenant les critères d'évaluation).

Gestion administrative et financière : Elle comporte cinq variables – l'adoption du budget dans un délai raisonnable, le taux d'exécution du budget, le respect des procédures d'achat, l'existence d'infrastructures administratives et des responsables qui les animent, le taux d'exécution du Plan de travail annuel. (*Tableau d'analyse annexé au document*)

Information, Participation et Genre : Cinq variables ont été analysées notamment : l'information des acteurs sanitaires, leur implication, l'implication des femmes, nombre d'actions spécifiques aux femmes, mécanisme d'information du public (Tableau d'analyse en annexe au document).

Prestations hospitalières : Six variables ont été étudiées notamment : l'hygiène hospitalière, la Maintenance, les Achats divers, l'Assistance sociale, l'Assurance qualité, Statistique sanitaire. (Tableau d'analyse en annexe au document).

Mobilisation des ressources : Deux variables ont été analysées : l'accroissement du taux des recouvrements et l'accroissement des ressources extérieures (Tableau d'analyse en annexe au document).

4-3-2 Analyse des données

Analyse stratégique des interfaces entre services de soins et entre agents de santé

Selon l'approche, chaque processus ou activité menée pour atteindre un objectif de santé est un système d'actions concrètes qui fait intervenir des ressources matérielles et des groupes d'acteurs en interaction « équipes de santé « pour atteindre des objectifs collectifs. L'analyse stratégique s'adapte au processus de suivi et d'évaluation des activités. Ce processus n'est pas seulement conçu en fonction du niveau de réalisation des activités programmées et de leurs effets, mais s'inscrit dans le temps même de l'intervention. Les réunions d'interface entre les agents appartenant à des groupes de travail différents dans une même unité de soins ou dans des unités différentes, vont être analysées par cette approche. Ces groupes doivent s'accorder pour fournir des prestations de qualité acceptable et satisfaisante

pour les patients et leurs familles.

Dans la présente étude, nous nous sommes intéressés aussi aux agents dits « agents de changement », premièrement par l'identification de leurs statuts, rôles et responsabilité ; ensuite nous avons dégagé les liens entre les acteurs internes et externes à la structure hospitalière.

Ensuite nous sommes allés plus loin pour montrer les influences directes entre les variables considérées deux à deux. C'est le cas de l'influence de la maintenance sur l'hygiène hospitalière, mise en évidence par le diagramme de Paréto. En général, l'importance des variables a été identifiée par l'analyse des discours qui présente les variables les moins et les plus performantes. Nous devons considérer les variables les moins performants comme des préoccupations.

ii) Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (SWOT)

Cette approche est systémique et ne saurait occulter l'importance du rôle des acteurs dans son devenir. Un acteur pouvant être une personne, un groupe, ou un organisme visant certains objectifs et confronté à certaines contraintes, et qui peut, par ses stratégies et moyens, influer sur le devenir du système étudié. La prédiction de l'avenir du système se fera par une identification et une analyse des variables clés, des éléments d'incertitudes liés au jeu des acteurs. Identifier les forces et les faiblesses, repérer les menaces tout comme les opportunités est devenu un incontournable, voire une étape convenue de la démarche stratégique. Il s'agit en effet de la célèbre matrice SWOT Strengths

Forces, Weaknesses *Faiblesses*, Opportunities *Opportunités*, Threats *Menaces* dont l'usage n'est pas si simple que cela.

L'analyse de type SWOT est particulièrement délicate. Se regarder objectivement et sans concession n'est pas à la portée du premier venu. C'est aussi l'unique moyen pour bien marquer la frontière entre réalité, auto-estime immodérée et dénigrement systématique.

Les forces : Quelles sont les forces à notre disposition ?''''

Sont-elles réelles ?

Sont-elles correctement exploitées ?

Correspondent-elles à des attentes du marché ?

Qu'en est-il des principaux concurrents ?

Les faiblesses : L'analyse des faiblesses n'est pas une nouvelle version du cahier de doléances. Cette analyse gagne en pertinence lorsqu'elle est réalisée en confrontation avec la connaissance dont on dispose des atouts des principaux compétiteurs.

Les menaces : C'est le point central de l'étude, le pôle qui permet de recentrer les deux chapitres précédents dans la réalité du terrain. La case menace de la matrice est quelque part l'assurance que la démarche se développe dans le réel et pas dans un imaginaire abstrait.

Les opportunités : Evidemment cette dernière case porteuse de promesses mérite d'être valorisée comme il se doit. Ce n'est pas la plus simple à remplir. Les opportunités ne sont pas systématiquement écrites en noir sur blanc. Faut-il

encore détecter les signaux faibles, les interpréter, les compléter et les rapprocher afin de trouver la source de l'innovation. Là encore, seul un bon travail coopératif permet de mener à bien cette étape fondamentale.

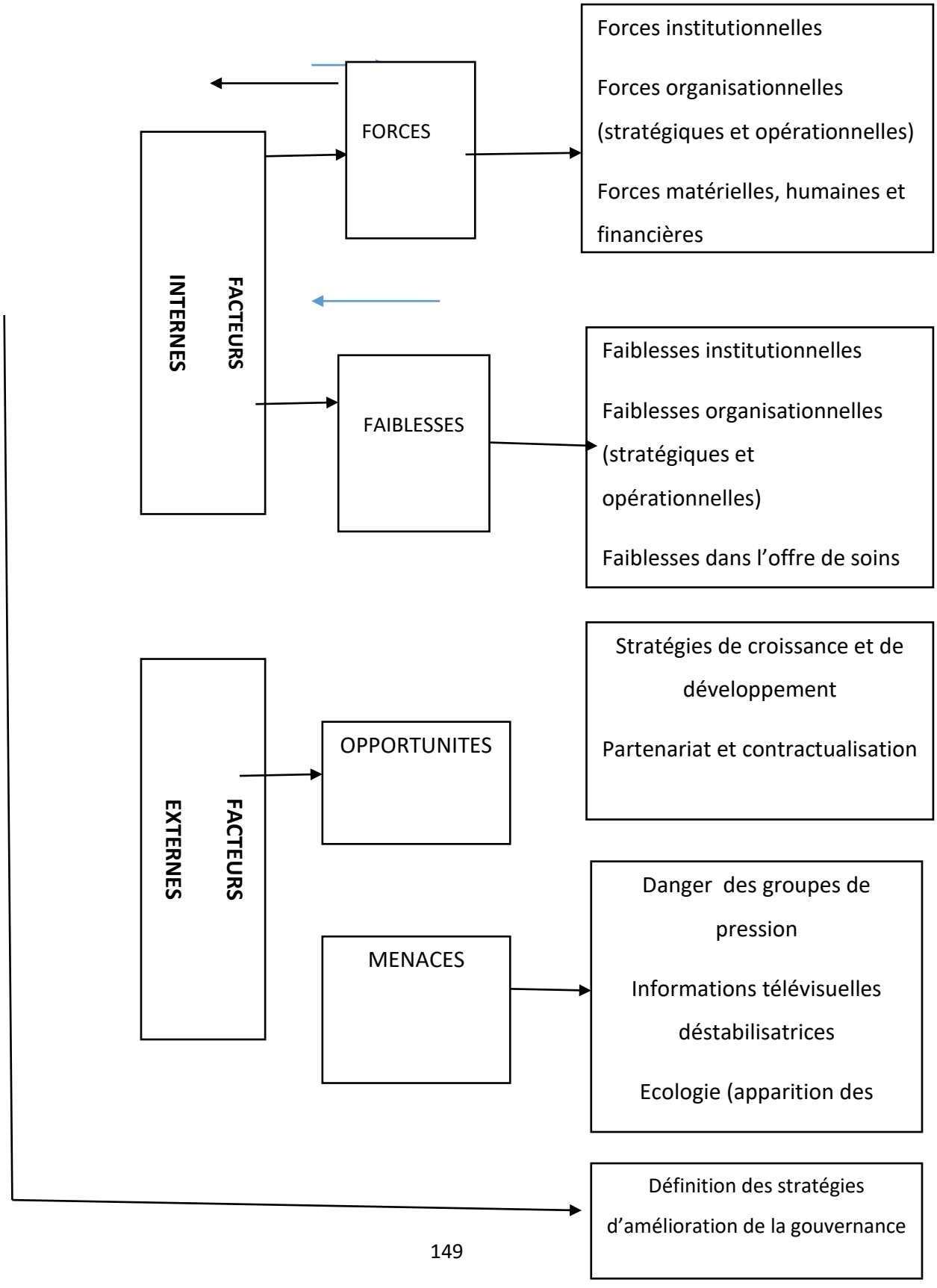


Figure 9 : Matrice SWOT
Source : Adapté de NOUKPO A.(2012)

iii) Les techniques utilisées dans l'analyse stratégique : L'analyse stratégique d'évaluation des processus et du changement des organisations qui procède par l'analyse de contenu du discours. Le terme ''contenu'' désigne l'information transmise dans le discours. Il représente ce qui est explicitement ou implicitement exprimé, c'est-à-dire les opinions, les croyances.

L'analyse du contenu qui met en exergue la signification accordée à chaque élément de la thématique. Elle peut être quantitative ou qualitative. Dans notre travail, nous avons utilisé l'approche quantitative avec le calcul des fréquences d'éléments significatifs de satisfaction. Les résultats sont exprimés en écarts de pourcentage de variation de la satisfaction des patients par rapport à l'accueil, à la sécurité ; au repas et à l'assainissement ; en écarts de pourcentage satisfaction du patient.

Les éléments significatifs ont été évalués par vote pondéré en leur attribuant des scores. Ces scores varient de 0 à 3 avec des significations correspondantes :

0 signifie pour l'enquêté qu'il n'est pas du tout satisfait ;

1 signifie pour lui qu'il est peu satisfait ;

2 signifie qu'il est assez satisfait ;

3 signifie qu'il est totalement satisfait.

Les indices de satisfaction ou de performance ont été ensuite calculés. Les écarts de satisfaction ont été convertis en indices de performance.

iv) Calcul de l'indice de performance

1ère étape : soit N(i) le total des personnes interviewées pour une activité et S(i) le total des scores attribuées par toutes celles-ci pour la même activité.

Le score moyen S(m) est égal à Si / Ni. Pour l'hygiène par exemple, il est égal à 1,6 résultant du rapport 29 /14. 29 étant le total des scores attribués et 14 l'effectif des interviewés.

Les scores variant de 0 à 3, 0< Sm < 3

La performance dans chaque activité représente l'indice moyen attribué. Il a été calculé en appliquant la formule suivante : Sm / 3. Pour l'hygiène, l'indice de performance est égal à 1,6 /3 qui est égal à 0,54.

L'indice de performance (Ip) pour chaque activité est strictement supérieur à 0 et inférieur ou égal à 1 ($0 < (Ip) \leq 1$).

Cette formule atteste que la performance nulle n'existe pas dans la logique de la qualité La performance en hygiène est par exemple : 29 / (14x3)
= 0,54 ou 54%.

Cette même formule est appliqué aux données expressives des conditions de travail des personnels de santé : sécurité et santé, hygiène des locaux, appui des autorités aux chefs services et surveillants des pavillons, la fourniture des matériels, la gestion des conflits, pour ne citer que celles-là.

PARTIE 2

INSTITUTION-ORGANISATION-OFFRE DE SOINS

Cette deuxième partie nous introduit dans le développement des dimensions de la recherche. En premier lieu nous nous sommes donnés de comprendre les aspects institutionnels et organisationnels du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau. Les composantes institutionnelles étant les missions, la vision, la politique, les points dits ''nodaux'' et les parties prenantes à la gouvernance hospitalière, ainsi que les textes de lois qui fondent l'institution hospitalière et règlementent son fonctionnement.

Elle présente aussi l'organisation de l'hôpital dans ses relations avec le Ministère de la santé et les Directions centrales intervenant directement dans son fonctionnement, aussi qu'avec d'autres ministères pour des activités intersectorielles, les partenaires techniques et financiers ; etc.

Cette partie s'est aussi consacrée à la gouvernance clinique par l'étude de l'offre de soins dans son aspect managérial et médicotechnique. L'aspect managérial présente le rôle administratif de la Direction à travers la fourniture d'intrants, la gestion des ressources ; tandis que l'aspect médicotechnique concerne les rôles joués par les professionnels de santé en matière de l'offre de soins.

CHAPITRE 5

LE CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL

Ce chapitre décrit le cadre institutionnel, organisationnel. Il analyse les problèmes structurels et fonctionnels du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau. La gouvernance hospitalière y est souvent confrontée aux problèmes juridiques généraux et spécifiques. Ensuite, il présente le cadre organisationnel avec les structures et les acteurs en présence dans la dynamique de son fonctionnement.

5-1 L'INSTITUTION HOSPITALIERE

L'institution hospitalière comporte les missions, la vision, les parties prenantes, la politique et les textes de lois.

5-1-1 Missions

Les missions de l'hôpital public ont été depuis longtemps définies par la Loi française du 31 décembre 1970. Il s'agit **de l'accueil, des soins, des examens des malades, de l'hébergement éventuel, de l'enseignement, de la recherche, et fait nouveau, de la prévention des maladies** dont il peut même assumer la coordination. Pour le Bénin, elles ont été définies dans le premier Décret 90- 347

du 14 novembre 1990 portant statut des centres hospitaliers départementaux et autres formations sanitaires assimilées, comme suit : « *assumer le rôle d'un hôpital de référence à travers le service public de qualité offert sans distinction de race, d'origine, de sexe, d'âge, de conditions sociales, économiques, et d'obédience politique, syndicale, philosophique ou religieuse* ». L'accueil des usagers est certes la raison d'être et la première mission d'un service public hospitalier. Sans mettre en cause ce principe et sans donner non plus aux considérations économiques et financières le pas sur le devoir moral, il n'est pas interdit de mieux utiliser que par le passé les moyens fort coûteux que la collectivité investit pour une grande efficacité de l'appareil de soins.

Par rapport aux soins, le service public hospitalier n'a pas pour objectif de produire des journées d'hospitalisation, mais des soins. La Loi française du 31 décembre 1970 lui confie le droit, implicitement, d'organiser des services d'hospitalisation à domicile, puisqu'en son article 2, l'hôpital n'assure « qu'éventuellement » l'hébergement des malades. Seule l'administration des hôpitaux de Paris a développé de façon significative une telle activité. Le Bénin n'a pas encore initié cette stratégie qui permet de réduire au maximum les hospitalisations et d'avoir des lits disponibles pour les cas graves.

5-1-2 Vision

« LE CHD disposera d'ici 2025 d'un système de prise en charge performant

pour offrir des prestations de soins de qualité aux populations du Département de l'Ouémé et du Plateau » (Manuel Qualité du CHD-OP,

2012)

Cette vision s'inscrit dans une société dans laquelle tous les béninois sont en bonne santé et participe au développement du pays. Ainsi, *d'ici à 2025, Cet hôpital pourra améliorer la satisfaction des besoins de tous ses usagers par une meilleure réponse à leurs principales attentes. Cette vision ne serait atteinte si ne Ministère de la Santé ne fasse pas l'effort de promouvoir la bonne gouvernance sous le leadership de l'Etat en vulgarisant et appliquant les textes de lois nécessaires au développement du système hospitalier.*

5-1-3 Politique

« Dans le but de redonner confiance à la population, le CHD s'est engagé dans la démarche qualité. La Direction met donc en place un Système de Management de la Qualité dont les objectifs se traduisent en ces termes : « Améliorer les performances de l'hôpital en termes d'efficacité et d'efficience des prestations de soins et de services. La mise en œuvre de cette politique se traduit par : - l'écoute permanente des clients ou usagers pour satisfaire leurs besoins – la formation continue du personnel – l'amélioration de l'environnement de travail- la sensibilisation régulière du personnel sur le respect des contrats client et sur les règles d'hygiène – l'utilisation judicieuse des ressources mises à la disposition des services. » (*Manuel Qualité du CHD-OP*

2012). Cette politique interne qui est essentiellement celle de la gouvernance par la qualité concorde avec celle du gouvernement béninois depuis 1997. Elle représente l'un des deux objectifs globaux formulé et répété en ces termes : Améliorer la qualité et l'accessibilité des prestations de soins et services de santé.

5-1-4 Points nodaux et parties prenantes

En rappelant la définition du « point nodal » qui est un espace d'observation où se croisent des projets, des cultures, des visions et des intérêts distincts, portés par les acteurs qui y participent. Ce terme renvoie à tous les acteurs internes intéressés par la vie de l'institution, son développement, ses modalités de fonctionnement ; ceux-ci étant bien porteurs du débat sur la gouvernance hospitalière. En effet, il s'agit d'un pilotage fondé sur des relations partenariales entre le Directeur de l'hôpital et une pluralité d'acteurs ou parties prenantes visant de la manière la plus consensuelle une réalisation d'objectifs admis et partagés. Ces parties prenantes sont les structures et organes internes ou externes de prises de décisions, se définissant comme suit :

L'Etat : En adhérant aux principes internationaux du droit de la santé en tant que droit de la personne humaine, l'engagement du Bénin passe par la consécration de ce droit dans les pratiques béninoises. Cela suppose la reconnaissance du droit à la santé dans le droit national, la disponibilité de recours utiles et effectifs dans les cas de violation du droit à la santé, l'existence de sanctions significatives

dans le cas de violations, la participation de la population au processus décisionnel concernant la mise en œuvre du droit à la santé. L'Etat intègre trois objectifs fondamentaux qui s'intègrent parmi ceux du Millénaire pour le développement **(SCRP ; 2007-**

2009 paragraphe 180 au point 6.3) :

- la promotion de la santé maternelle et la réduction de la mortalité infantile ;
- la lutte contre VIH/sida, le paludisme et la tuberculose ;
- la sécurisation des produits pharmaceutiques et des consommables médicaux.

*Le Ministère de la Santé et la Direction Nationale des Etablissement Hospitaliers et de Soins qui donnent les orientations nationales sur le fonctionnement des hôpitaux. Leur objectif globa*l étant *de* **rendre les soins et services de santé hospitaliers de qualité accessibles aux populations.** *Le Conseil d'Administration : Le* Conseil d'Administration est un organe délibérant investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom de l'Établissement dans la limite de l'objet social. Ce Conseil se réunit deux (2) fois l'an en session ordinaire pour adopter le Plan du travail annuel (PTA) et voter Budget. Il approuve également les comptes sociaux annuels et détermine la cession d'actifs immobiliers par nature ou par destination. Il délègue ses pouvoirs au Directeur du Centre dans la limite de l'exécution des

résolutions et recommandations issues de la réunion du Conseil d'Administration. Cet organe est constitué treize membres statutaires, dont la majorité exerce une fonction administrative, d'autres assumant la représentation des sages et notables de Porto-Novo.

***Encadré 3** : Membres du Conseil d'Administration*

- *Le Directeur du Cabinet du Ministre de la Santé, président du CA ;*
- *Le Directeur Départemental du Plan qui assume la vice-présidence ;*
- *Le Préfet ou son Représentant (Le Chef Service des Affaires Financières de la Préfecture) ;*
- *Le Receveur des finances ;*
- *Le Directeur Départemental du Travail ;*
- *Le Procureur de la République, représentant du Président du tribunal ;*
- *Le Directeur Départemental des Affaires sociales ;*
- *Les deux délégués du Personnel ;*
- *Le Président de la Commission Médicale Consultative ;*
- *Le Représentant des sages et notables ;*
- *Le Représentant des tradi-praticiens ;*
- *Le Directeur Départemental de la Santé ;*
- *Le Directeur du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé/Plateau.*

C'est à ce niveau que sont prises les grandes décisions concernant les prévisions annuelles décrites à travers le Plan du Travail annuel (PTA) et le Budget. Au cours de cette une étude est faite sur les réalisations ou les bilans. *La Direction de l'hôpital et l'exercice du pouvoir :* La Direction de l'hôpital est l'organe exécutif ayant à sa tête le Directeur de l'Établissement hospitalier. Il exécute les décisions prises par le Conseil d'Administration à qui il rend compte et qui le contrôle. Il assume le

management hospitalier avec la contribution de son staff administratif et soumet à l'appréciation des administrateurs les propositions concrètes de projets et programmes de développement du Centre à l'occasion du vote et de l'approbation du budget. Il assiste avec voix consultative aux délibérations du C.A. Il est composé du Directeur et son staff administratif. Rappelons ici les concepts de pouvoir et d'autorité pour montrer comment ils sont exercé au sein du l'hôpital : Le **pouvoir** est un phénomène social, c'est-à-dire qu'un individu n'exprime son pouvoir que par rapport à un autre ou à des groupes. Ainsi, le pouvoir n'est jamais absolu ou immuable. L'**autorité** est le pouvoir légitimé par le fait qu'il est officiellement octroyé par l'organisation et accepté des employés qui le trouvent juste et adéquat. Par exemple, au sein de l'organisation hospitalière, le Directeur a la pouvoir qui lui est octroyé par le Ministre de la Santé. Ce pouvoir est accepté de l'ensemble du personnel depuis sa prise de service la passation de service ; le discours de prise de service étant le symbole de la prise du pouvoir au sein de l'organisation hospitalière. Dès l'instant, il détient les pouvoirs qui lui sont conférés : *le pouvoir de décision, le pouvoir de gratification, le pouvoir de coercition* ; pour ne citer que ceux-là.

Le pouvoir tend à se focaliser dans les relations hiérarchiques. Il est exercé par les managers sur leurs subordonnées : c'est en d'autres termes le « ***pouvoir sur*** » qui est lié à la position de l'individu, à son diplôme ou à son statut

professionnel. Le degré du pouvoir est plus élevé à la tête de la hiérarchie et faiblit progressivement en allant vers le bas. Le Ministre de la Santé délègue une partie de son pouvoir au Directeur de l'hôpital qu'il a officiellement nommé à la tête de l'organisation hospitalière. Les termes de pouvoir sont définis dans le Décret n° 2012-272 du 13 Août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé et le Décret 90-347 du 14 Novembre 1990 portant statut des Centres Hospitaliers Départementaux et Formations Sanitaires Assimilées.

Le Comité de Direction : Il existe sous deux formes, notamment **:**

- *Le Comité de Direction (CODIR) statutaire :* organe consultatif obligatoire présidé par le Directeur du CHD-OP, tient des réunions mensuelles ordinaires et extraordinaires pour prendre des décisions qui s'inscrivent dans la politique sectorielle de l'hôpital. Cet organe dirigé par le Directeur, est composé du C/SAAE, C/SAF, Président CMC, un représentant des surveillants, un responsable des services médicaux et techniques La stratégie mise en œuvre est la revue de Direction.
- Le *Comité de Direction Elargi* aux chefs de Service, surveillants de pavillons et responsables d'unités. Il est consulté pour analyser les rapports de gestion et élaborer le budget. L'élargissement du Comité de direction statutaire permet une active participation du personnel à l'analyse et à la résolution des problèmes qui handicapent le bon fonctionnement de

l'hôpital. Il se réunit tous les mois pour analyser les prestations sanitaires par les données statistiques collectées dans les services médicotechniques, et faire le point des recettes et des dépenses effectuées durant un (01) mois de travail ; puis des recommandations à l'équipe de la direction en vue d'améliorer la gestion hospitalière. Au coures de l'une de ces réunions, une interrogation a été faite sur l'effectif parfois écrasant des taux d'évasion ou d'exeat des patients contre avis médical. En poussant loin les réflexions du groupe, l'on constate que ces évasions ont souvent lieu les week-end par complicité même des agents de santé de garde ou lors des festivités annuelles où les patients réclament leur sortie pour rejoindre leurs familles.

***Encadré 4** : La tenue du Comité de Direction Elargi : une arène d'expression du pouvoir*

Le Comité de Direction élargi (CODIR élargi) aux responsables de divisions administratives, aux chefs services et aux surveillants de pavillon est convoqué par le Directeur de l'hôpital. C'est une innovation créée par l'actuel directeur pour satisfaire les besoins d'information du personnel médical. L'intérêt de cette réunion à fréquence mensuelle, déclare souvent le Directeur est de *« Promouvoir la bonne gouvernance au sein de l'équipe hospitalière, suivre et évaluer périodiquement les indicateurs d'activités hospitalières et de prendre des résolutions pertinentes pour améliorer la qualité des prestations au CHD-OP conformément à la vision et aux objectifs assignés dans le Plan de Travail Annuel (PTA) ».* Les séances constituent réellement une période d'expression de pouvoirs dits stratégiques. Elles se réunissent mensuellement pour évaluer les niveaux de performance des prestations administratives et financières à l'ensemble du personnel du CHD-OP. Des aspects divers de gestion y sont étudiés notamment la gestion des malades et statistiques, la gestion financière et la réalisation de certains projets inscrit au Plan de Travail Annuel (PTA) et au Budget de gestion. Quelquefois le Directeur ramène le personnel à l'ordre s'agissant des comportements malveillants de certains agents de santé. Ces réunions sont déroulées en trois phases notamment : La présentation des rapports de gestion ;Les débats sur les questions de compréhension ;

Les divers :

Après présentation des rapports par les responsables de divisions administratives

concernées, commencent les débats. Le Directeur, président de séance, donne des directives pour rassurer les participants et amoindrir les passions au cours des débats. Certes, des contradictions subviennent et sont amoindries par un langage stratégique propre à qualité et à la personnalité du Directeur.- Les points obscurs, inaccessibles à la compréhension des participants sont débattus jusqu'à l'obtention du consensus. La lecture d'une dizaine de rapports montre que les préoccupations quoique différentes entre les deux groupes d'interlocuteurs, convergent vers le même but ; celui d'améliorer la qualité de l'offre de soins et satisfaire les attentes des usagers clients. - Les questions discutées au cours de ces réunions sont relatives à la complétude et à la promptitude des rapports statistiques envoyés par les surveillants de pavillon à la Division de la Gestion des Malades et Statistiques et au niveau atteint dans la réalisation des recettes et des dépenses du mois.- Après les réponses données par les communicateurs et les éclaircissements du Directeur de l'hôpital, s'ouvre le point des divers. Ce point présente souvent les problèmes que rencontrent les prestataires dans l'offre de soins et leurs recommandations favorables à l'amélioration de la qualité des soins et services.

Quelques initiatives prises lors des débats

Renforcement du potentiel d'hospitalisation : La vétusté et l'incommodité de certains lits d'hospitalisation furent discutées. Ainsi il a été recommandé à la Direction de renforcer la capacité des salles d'hospitalisation afin d'améliorer l la médecine es conditions de séjour des patients. Cette recommandation a été faite au profit des services de médecine, de la pédiatrie et de la chirurgie où plusieurs lits sont déjà hors d'usage. Cette recommandation est progressivement en cours d'exécution. Déjà, une cinquantaine de nouveaux lits sont acquis grâce à la Coopération avec l'hôpital de WISBADEN en Allemagne., un peu moins d'une centaine de lits usagés ont été réfectionnés et installés dans ces services.

Amélioration de la qualité des soins : La maintenance préventive : Plusieurs débats ont mis l'accent sur la qualité des soins par la maintenance préventive qui ne se faisait pas du tout.

La rédaction des procédures et des protocoles des processus cartographiés du Système de Management de la qualité : Ces activités ont été réalisées dans le cadre de la démarche de certification ISO 9001 v 2008 de la Pédiatrie, encore en cours. Cette recommandation a été justifiée par les problèmes administratifs qui se posent en dehors des heures régulières de service pour le personnel administratif. Ces problèmes ont un impact sur toute la structure hospitalière. Il s'agit par exemple des coupures d'énergies renouvelables comme l'eau, l'électricité ; des pannes d'appareils, des problèmes d'insécurité etc. Aujourd'hui, tous les responsables des divisions administratives font la garde suivant une planification mensuelle.

Acquisition d'un autoclave pour le laboratoire : Cette recommandation se justifie par sa pertinence car cet équipement est utilisé dans la réalisation des examens bactériologiques. Elle a été réalisée pour faciliter les incubations dans les cultures et les antibiogrammes.

Acquisition de deux climatiseurs split pour les salles de gardes de la pédiatrie pour améliorer les conditions de travail des agents à leur garde.

Approvisionnement du laboratoire et de la radiologie en réactifs et consommables de première nécessité : Cette recommandation tient compte des ruptures fréquemment

enregistrées dans ces services pour corriger leur dysfonctionnement.

Acquisition et donation de kits corporatifs aux chefs services : Cela permettrait de faciliter les communications entre ceux-ci et les responsables administratifs.

Dotation des sections administratives en outils informatiques et de mobiliers complémentaires.

Dotation des services de soins en trousse d'urgence : Cette initiative a été mise en œuvre aux urgences médicales et chirurgicales, à la maternité et à la pédiatrie dans les années 2005 -2009 et a été interrompue, voire même abandonnée du fait des détournements de médicaments par certains agents indélicats

***Source** : Rapports de CODIR élargi, 2011 CHD-OP*

Les staffs des responsables de divisions administratives : Ils se réunissent une fois par semaine, sous la direction du Chef Service des Affaires Administratives et Economiques, pour fixer des objectifs, planifier et évaluer les activités menées au sein des divisions administratives.

La Commission Médicale Consultative (CMC) : Elle représente l'organe consultatif. Elle est présidée par le chef des services médicaux et techniques et consulté pour contribuer à la bonne marche des activités des services médicaux et techniques.

Autres niveaux :

Le Comité d'Hygiène, d'Assainissement et de Sécurité (CHAS) veille à la salubrité, l'assainissement et la sécurité des personnes et des biens en milieu hospitalier ;

La Cellule de Contrôle et de Gestion qui n'existe pratiquement pas contrairement aux exigences statutaires ;

Les Représentants du Personnel et les syndicats participent à la bonne marche des activités du Centre et mobilisent les agents autour des principes cardinaux du respect du code de l'éthique et de la déontologie professionnelle.

Il existe d'autres organes dits non statutaires qui sont : le Comité de Réception des Commandes, des Dons et Libéralités, le Comité de Cuisine, le Comité de jumelage avec les partenaires, le Comité de pilotage du SMQ, le Comité de suivi des activités de la morgue, le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).

Le pouvoir de décision gouvernance n'est pas la propriété des seuls acteurs internes. Il en existe d'autres à l'externe comme :

Les collectivités locales représentées par le Conseil municipal. Par exemple, dans le cadre de la préparation du cinquantenaire de l'indépendance du Bénin, le Conseil municipal au cours d'une séance avec les autorités sanitaires dont le Directeur Départemental de la santé de l'Ouémé et du Plateau et le Directeur du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du plateau ont décidé de la réhabilitation de certains services de l'hôpital affectés par la ruine des temps. Il s'agit des locaux abritant les urgences, la médecine interne, la réanimation et la pédiatrie. La réhabilitation de ces services fut un apport considérable à l'amélioration du cadre de travail du point de vue de l'hygiène et de la qualité des soins.

Les fournisseurs : Ceux-ci offrent leurs services en mettant à la disposition de

l'hôpital du matériel et des vivres, même à crédit, pour faire fonctionner l'hôpital. Par exemple, lorsque le Chef Service des Affaires Administratives et économiques voudrait commander des œufs, de la farine ou du lait, il sait à qui s'adresser pour obtenir satisfaction. Les fournisseurs exercent donc une influence particulière sur l'hôpital. Ils refusent souvent de négocier avec l'hôpital des conditions favorables de paiement. Leur pouvoir reste élevé lorsque l'hôpital est en difficulté de fonctionnement et ils peuvent anarchiquement augmenter le coût officiel des intrants vendus, ceux-ci n'étant pas souvent de bonne qualité. *Par exemple, « toute exploitation de matériel médical ne peut se faire de façon autonome dans l'hôpital. Pour les consommables, les pièces détachées de réparation et les supports techniques qui doivent durer toute la vie de l'appareil, l'hôpital a des partenaires locaux ou des sociétés de revente locale. Les achats directs hors frontière sont des actions ponctuelles d'une autre réalité et de court terme ».*

Les partenaires locaux ou internationaux : Les partenaires sont des personnalités individuelles, collectives ou morales. Nous pouvons citer les opérateurs économiques de la ville de Porto-Novo quoi appuient dans les domaines de renforcement des infrastructures d'accueil (deux parmi eux ont investi pour la réhabilitation complète des services de médecine et de la pédiatrie), les organisations gouvernementales, non gouvernementales, les institutions hospitalières étrangères, les opérateurs économiques ; pour ne citer que ceux-là.

Leurs actions sur le fonctionnement de l'hôpital n'est pas négligeable. Dans l'évolution du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau, plusieurs partenaires ont collaboré avec la Direction de l'Hôpital. Nous pouvons citer :

La **Coopération France-Bénin-Mayenne** qui avait beaucoup contribué à la formation du personnel administratif, au développement de l'hygiène hospitalière et de la qualité des soins ; au renforcement du plateau technique par don de mobiliers et d'équipements médicaux et techniques.

Un exemple de partenariat fructueux **:** « Il a été procédé le lundi 30 avril 2001 à la signature d'accord de partenariat entre le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau et le Centre Hospitalier Général de Laval en France. L'objectif principal de ce partenariat est avant tout, de porter un secours effectif aux malades qui disposent d'un peu de moyens pour se soigner. Cette cérémonie qui s'est déroulée dans le hall du laboratoire sous l'œil vigilant de nombreux acteurs du monde de la santé, de sages et notables de la ville. L'objectif de ce partenariats déjà effectif sur le terrain consiste en une aide et assistance médicales à l'hôpital de Porto-Novo, par l'envoi de médicaments, articles, matériels et équipements sanitaires. Déjà dans les années 90, France-Bénin-Mayenne a pu concourir à l'aménagement et à l'équipement au 2/3 du service de rééducation fonctionnelle, à la mise sur pied d'un projet d'hygiène hospitalière démarrée en réanimation, maternité et chirurgie ; et d'un projet de prise en charge

des enfants orphelins de parents décédés du sida et les personnes porteuses du VIH. Ce chapelet d'assistance explique bien les raisons pour lesquelles M Raymond BEAKOU, alors Directeur du CHD-OP a délégué une partie de ses pouvoirs, quant aux négociations aux choix des priorités et au maintien des relations conventionnelles à son chef service des affaires sociales, M .Olivier ADJAÏ, représentant de France-Bénin-Mayenne au Bénin. En pratique, il s'agissait de faire bénéficier le CHD-OP du savoir-faire organisationnel sur trois points précis, disait Paul AUGER alors Directeur adjoint de l'hôpital de Laval en France…, etc. » (*Extrait du quotidien béninois Liberté du mercredi 02 mai 2001).*

L'Hôpital WISBADEN en France : La Coopération Cergy-Pontoise avec l'intermédiation de la Commune de Porto-Novo appuie l'hôpital dans la prise en charge des cas sociaux.

5-1-5 Textes de loi

(Extrait du Rapport final *Audit institutionnel, organisationnel & fonctionnel du SSH du BENIN, 2012).*

Plusieurs textes régissent le fonctionnement des hôpitaux, suivant leur position dans la pyramide sanitaire :

Au niveau national :

Textes portant AOF du Ministère et des Formations sanitaires publiques **:**

- Loi 94-009 relative aux offices à caractère social, culturel et

scientifique ;

- Décret n° 2012-272 du 13 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé ;
- le Décret n° 2012-300 du 28 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement des Centres Hospitaliers Universitaires ;
- le Décret 2012-422 du 6 novembre 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koudougou MAGA ;
- le Décret 2013-38 du 11 février 2013 création, attributions, organisation et fonctionnement de l'Observatoire des Ressources Humaines en Santé.

Textes organisant les professions médicales et paramédicales

- Ordonnance n° 73-38 du 21 avril 1973 portant création et organisation des Ordres Nationaux des Médecins, des Pharmaciens, des Chirurgiens-Dentistes et des Sages- Femmes ;
- Ordonnance n° 73-30 du 31 mars 1973 instituant le Code de déontologie des Pharmaciens du Dahomey ;
- Ordonnance n° 73-14 du 08 février 1973 instituant le Code de déontologie médicale ;
- l'Arrêté n° 4139/MSP/DC/SGM/CTJ/DPP/DNPS/CGP/EJ/SA du 13 mai 2005 portant création, attributions, composition et fonctionnement du Cadre

de Concertation pour le partenariat entre les secteurs public et privé, dans le domaine de la santé.

Textes organisant l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales – Loi n° 97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales en République du Bénin et ses Décrets d'application.

- *Texte fixant des primes et indemnités :*

  Arrêté n° 174/MS/DC/SGM/DRFM/DNEH/DNPS/SA du 19 février 2010 sur l'indemnisation des gardes, astreintes, consultation et actes dans les Hôpitaux ;

  - *Textes relatifs aux statuts particuliers des corps de santé ;*
- le Décret n° 2010-061 du 12 mars 2010 portant Statut particulier des Corps des Praticiens Hospitalier du Bénin ;
- *Texte-type pour l'élaboration des statuts des formations sanitaires :* la loi n° 94-009 portant création, organisation et fonctionnement des Offices à caractère social, culturel et scientifique.

Au niveau intermédiaire :

Textes portant Afrique Occidentales Française des structures sanitaires publiques :

- le Décret n° 90-343 du 14 novembre 1990 relatif à la gestion et au financement des Formations Sanitaires ;

- le Décret n° 90-345 du 14 novembre 1990 portant approbation des Statuts du Centre National Hospitalier de Pneumo-phtisiologie ;
- le Décret n° 90-347 du 14 novembre 1990 portant approbation des Statuts des Centres Hospitaliers Départementaux et Formations Sanitaires Assimilées ;
- le Décret n° 90-348 du 14 novembre 1990 portant approbation des Statuts des Centres National Hospitalier de Psychiatrie ;

Au niveau périphérique :

- le Décret n° 2002-0113 du 12 mars 2002 portant approbation des Statuts des Hôpitaux de Zones ;
- Arrêté 2005 N°10277/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 21 octobre 2005 modifiant l'arrêté portant fixation des primes et indemnités à la charge du financement communautaire dans les services et formations sanitaires du niveau périphérique.

Textes régissant d'autres acteurs du sous-secteur hospitalier : En dehors des formations sanitaires publiques et privées, d'autres acteurs qui sont des ministères connexes, des ordres et associations professionnelles, des organisations de la société civile, des agences, des prestataires, des fournisseurs etc. et qui sont régis par leurs propres textes, interviennent également dans le SSH.

Par ailleurs, les modalités d'acquisitions de biens et services par l'Etat béninois auprès des prestataires sont régies, régulées et contrôlées par les textes ci-après :

- Loi n°2009-02 du 07 août 2009 portant Code des marchés publics et délégations de service public en République du Bénin et ses Décrets d'application ;
- Décret n° 2012-224 du 13 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement de l'Autorité de Régulation des Marchés Publics ;
- le Décret n° 2010-495 du 26 novembre 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction Nationale de Contrôle des Marchés Publics (DNCMP).

Effets de quelques textes :

Effets liés à la personnalité juridique des établissements hospitaliers : Au sens de *l'article 1er de la Loi n°94-009 du 28 juillet 1994*, l'Hôpital est un office à caractère social et scientifique. L'article 2 de la Loi lui confère la personnalité morale et l'autonomie financière. Aussi l'Hôpital est une personne morale de droit public et doté de la personnalité juridique. De ce fait, il est titulaire de droits et d'obligations.

Les effets que produit la possession de la personnalité juridique sont :

- Par rapport aux droits, l'Hôpital a la capacité d'exercer tous les actes de la vie civile que lui confèrent ses statuts à travers son ou ses représentants légaux ; ainsi peut-il contracter, ester en justice, détenir et gérer de façon autonome un patrimoine fait d'actifs et de passifs.

- Par rapport aux obligations, l'Hôpital doit faire face aux effets juridiques résultant de l'exercice de ces droits et qui constituent des créances sur lui, des personnes avec qui il est en relation ; ainsi doit-il produire et offrir des prestations de qualité dans le respect des principes de continuité, d'égalité et d'adaptabilité, d'assurer un environnement de sécurité aussi bien aux personnels qu'aux malades, de réparer les préjudices découlant de son fait personnel ou des personnes dont il est responsable.

Problèmes liés à l'application des textes :

Il s'agit des problèmes de cohérence, de violation, d'insuffisance, etc. relevés au sein des textes mêmes (Droit *de A à Z, Dictionnaire juridique pratique, Ed EJE, 1997, p.431.et* Rapport final *Audit institutionnel, organisationnel.*

& fonctionnel du SSH du BENIN – Page 39 sur 150).

Certains textes sont obsolètes ou dépassés : Les formations sanitaires publiques sont assimilées aux Offices à caractère social. De ce fait, l'élaboration de leurs statuts devrait se conformer à la Loi n° 94-009 du

28 juillet 1994 portant approbation des Offices à caractères social, culturel et scientifiques. Ainsi, les textes qui ont été pris avant cette Loi devraient normalement être repris pour s'y conformer. Il s'agit en l'occurrence des Décrets n° 90-347 du 14 novembre 1990 portant approbation des Statuts des Centres Hospitaliers Départementaux et Formations Sanitaires Assimilées ; - n° 90-343 du 14 novembre 1990 relatif à la gestion et au financement des

Formations sanitaires ; - n° 90-348 du 14 novembre 1990 portant approbation des Statuts des Centres National Hospitalier de Psychiatrie, devraient normalement être repris pour s'y conformer.

Les autres textes qui ont été pris après la Loi n° 94-009 du 28 juillet 1994 s'y sont plus ou moins conformés. Malgré cela, leur examen a révélé des incohérences susceptibles de rendre leur application difficile.

Incohérence de certains textes : Au titre des incohérences il s'agit des violations, insuffisances etc. relevées, nous pouvons citer le Décret n°2012-

300 du 28 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement des Centres Hospitaliers Universitaires a été certainement pris comme texte de référence-type auquel doivent se conformer les textes règlementaires portant création, attributions, organisation et fonctionnement de toutes les structures de l'espace hospitalo-universitaire existantes ou à créer. Ainsi, les textes des structures de l'espace hospitalo-universitaire en l'occurrence celui du CNHU-HKM, de l'HOMEL, etc. devraient être non des décrets mais plutôt des arrêtés d'application du Décret n° 2012-300 du 28 août 2012.

Cette situation contraire à la norme juridique doit être corrigée en faisant prendre, une **Loi hospitalière** régissant entre autres les règles de gestion des structures de l'espace hospitalo-universitaire et en tenant compte des caractéristiques et spécificités desdites structures.

Le non-respect de la hiérarchie en droit administratif : Ce problème a été

constaté lors des débats sur la notation du personnel. L'article 29 du Décret n° 2012-300 du 28 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement des Centres Hospitaliers Universitaires dispose que *: « Le Directeur Général…a autorité sur tous les personnels employés par le Centre Hospitalier Universitaire ; il les note et procède à leurs affectations et mutations au sein de l'Hôpital sur proposition des Chefs de service…»***.** Telle que formulée, cette disposition peut prêter à plusieurs interprétations. En effet, elle pourrait laisser supposer que ce sont les Chefs de service qui proposent au DG, les notes à attribuer à tous les personnels y compris alors les Directeurs, en supposant que ces derniers sont inclus dans la notion de « personnels ». Elle pourrait aussi laisser supposer que ces Chefs de service ont le pouvoir de proposer au DG la mutation, entres autres, desdits Directeurs. En droit administratif qui est le droit qui s'occupe, entre autres, des règles relatives à l'organisation des services publics, aux rapports entre un subordonné et son supérieur hiérarchique, etc., il n'est pas admis que ce soient les subordonnés qui proposent les notes et autres mesures à appliquer à leurs supérieurs hiérarchiques.

Le Sous-Secteur Hospitalier et la Décentralisation : Les textes de la décentralisation notamment les Lois n° 97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des Communes en République du Bénin et n° 98-005 du 15 janvier 1999 portant organisation des Communes à statut particulier, donnent aux collectivités locales, des compétences limitées par rapport au développement des

centres de Santé. Face à cette situation, il est souhaitable de revoir les textes de la décentralisation pour tenir compte du rôle des collectivités locales en tant qu'actrices du développement socio-sanitaire de leur localité et en tant que participants au développement du système hospitalier au Bénin.

5-1-6 Les degrés de l'exercice de l'autorité

Sur la figure ci-dessous, le degré d'autorité est plus élevé à la tête de la hiérarchie et faiblit progressivement vers le bas. Le Ministre de la Santé délègue une partie de son autorité au Directeur de l'hôpital qu'il a officiellement nommé à la tête de l'organisation hospitalière. Les termes de pouvoir sont définis dans le Décret n° 2012-272 du 13 Août 2012 portant attribution organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé et le Décret 90-347 du 14 Novembre 1990 portant statut des Centres Hospitaliers Départementaux et Formations Sanitaires Assimilées.

La figure ci-dessous *montre d*u haut vers le bas que le pouvoir autoritaire est véhiculé d'instance en instance, depuis les preneurs de décisions de politiques d'orientations nationales jusqu'aux agents de santé ''donneurs de soins ou de santé' ', les interactions traduites par de doubles flèches expriment les relations réciproques entre les acteurs et maintiennent l'équilibre du système. Nos analyses montreront par la suite les forces et les faiblesses entre les acteurs en présence.

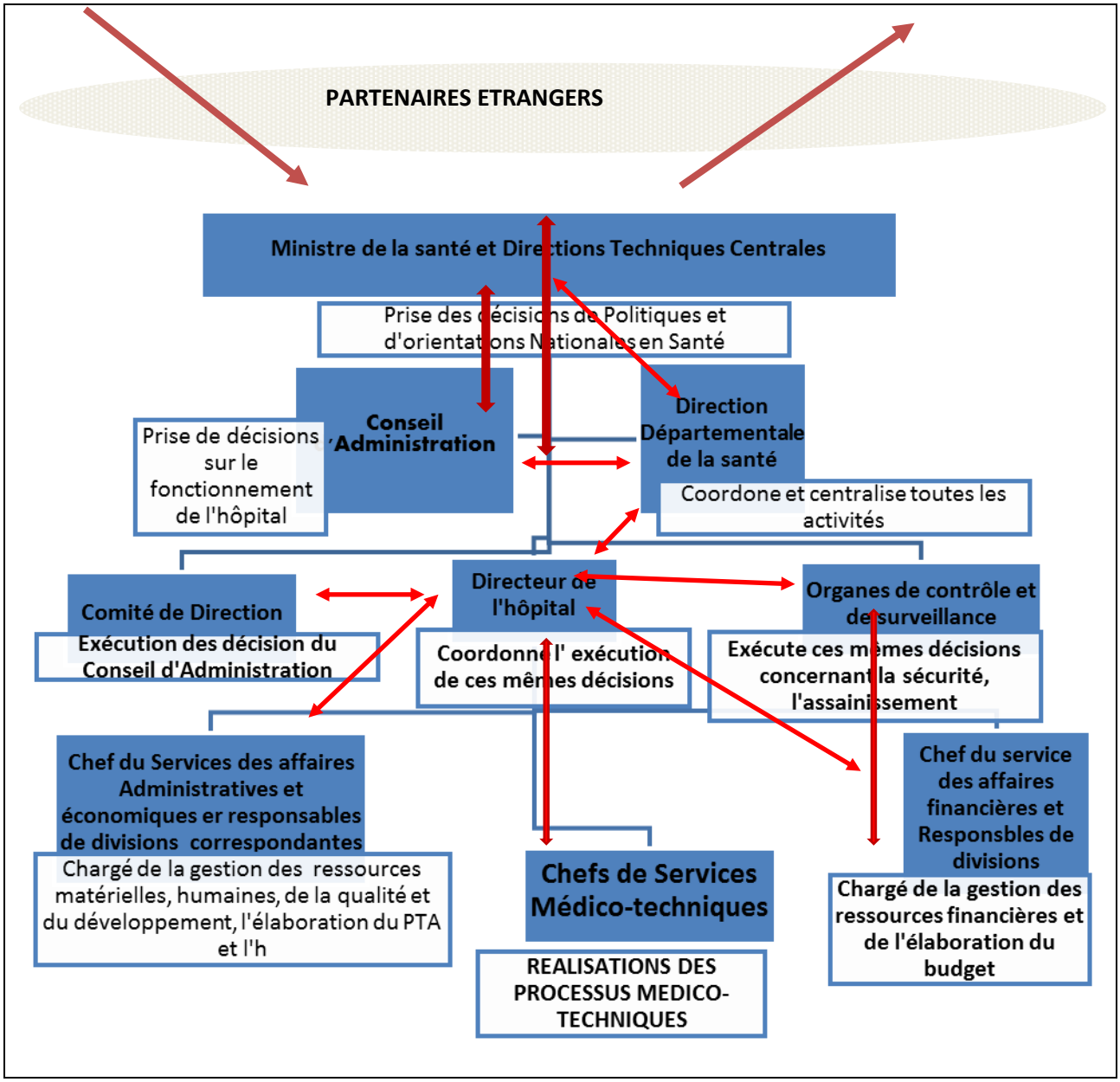


Figure 10 : Structuration du pouvoir de décision
Source : DEGUENON, 2013

Dans cette structure qui est en réalité un système de communication entre les acteurs, les décideurs souhaitent se montrer rationnels mais ils sont limités par leurs préjugés et leurs perceptions d'habitudes des gouvernés. Dans ce contexte, ils sont obligés de s'inscrire dans le court terme en matière des réalisations. Ces caractéristiques sont celles du modèle de rationalité limitée où les décideurs

adoptent des vues à court terme. Dans ce modèle, les individus sont enclins à se satisfaire de peu au lieu de viser le maximum. Alors, la satisfaction pourrait signifier que les décideurs cherchent à adopter des moyens d'action qui sont ‘’bien assez bons » et qui correspondent à des exigences minimales.

La différence entre la structuration du pouvoir existant et celle d'ailleurs est qu'il n'existe pas un poste de Surveillant général, mais un Conseil de Surveillance qui se situe au même niveau hiérarchique que le directoire. Ce Conseil de surveillance joue un rôle important dans l'évaluation de la latitude managériale. Celui-ci, au-delà du contrôle permanent de gestion, se prononce sur la stratégie et délibère sur des questions liées aux projets –programmes, donne son avis sur la politique d'amélioration de la qualité, la sécurité des soins la gestion des risques et les conditions d'accueil des usagers. Sa composition par ailleurs est formalisée par les textes. Il est en effet composé soit de neuf (09) membres pour les établissements communaux, soit de 15 membres. Cette composition fait apparaître trois collèges :

- le collège des représentants des collectivités locales ;
- le collège des représentants des personnels médicaux et non médicaux ;
- le collège des personnalités ‘’qualifiées ‘’désignées par l'Agence Régionale de la Santé représentée dans notre pays par la Direction Départementale de la Santé et un représentant de l'Etat, soit le Ministre de la santé ou son Représentant officiel. *Il manque dans ce collège un représentant des*

usagers. La nomination des membres est faite par un arrêté pris par le Ministre de la Santé et *les pouvoirs entre organes de décision et de surveillance doivent être dissociés.* Ce Conseil évalue les actions du Directeur de l'hôpital grâce aux différentes parties prenantes que sont les différents collèges.

Tous les acteurs ayant des intérêts dans une structure cherchent à devenir des détenteurs d'influence pour orienter et contrôler les décisions en leur faveur. Selon Crozier et Friedberg (1977) le pouvoir est fondé sur plusieurs éléments :

- le contrôle d'une ressource, d'un savoir-faire, de connaissance et d'informations, qui crée une dépendance à l'égard de la personne qui le détient ;
- les droits légaux répartis ;
- la proximité des personnes ayant le pouvoir.

Le pouvoir intrinsèque ne suffit pas, encore faut-il l'exercer et dans ce processus apparaissent des comportements, des jeux de rôles, des positionnements d'acteurs, en fonction de l'influence qu'ils souhaitent exercer.

Par exemple, les propriétaires, les syndicats, les groupes d'intérêt public peuvent constituer des coalitions externes tandis que les dirigeants et les cadres peuvent constituer des coalitions internes.

Le Directeur ou la manager principal : Celui-ci est un administrateur formé dans une école d'administration et jugé capable par le Ministre de la santé pour gérer

une structure hospitalière. Il est de garant de la personnalité morale de l'établissement. A cet effet, il :

- prépare les travaux du Conseil d'administration et lui soumet le projet d'établissement représenté ici par le Plan de Travail annuel (PTA) et les Budgets prévisionnels ;
- assure l'exécution des décisions prises par le Conseil d'Administration ;
- est l'ordonnateur du budget et veille à son exécution tant en recettes qu'en dépenses ;
- a autorité sur tous les personnels employés au sein de la structure, les notes et procède à leur affectation et mutations au sein des services ; délègue une partie de ses pouvoirs au Chef Service des Affaires Administratives et Economiques (C/SAAE) ;
- représente l'établissement en justice ;
- est responsable du développement des activités du Centre hospitalier dans le cadre de la Politique Hospitalière Nationale. A cet effet, il soumet chaque année à l'approbation du Conseil d'Administration, au plus tard trois (03) mois avant la fin de l'exercice, une étude du Budget prévisionnel et les perspectives pour l'exercice suivant. En plus de ces rôles statutaires, il est capable de bien manager un projet d'établissement. Ce management est bien décrit dans les douze

pratiques pour une conduite de projet réussie (Fernandez, 1995) ; ces douze pratiques sont :

- la construction d'un référentiel de valeurs consensuelles ;
- le dépassement de l'approche mécaniste et déterministe lors de la phase de planification pour privilégier la réactivité ;
- le remplacement de la coordination des tâches par la synchronisation des rôles ;
- l'abandon du mode de management traditionnel autoritaire ;
- l'adoption des principes de management d'équipe favorisant la coopération interne et externe ;
- la mesure de la performance pour assister la prise de décision ;
- ne pas se contenter de mesurer las délais et les coûts sans s'assurer du suivi des enjeux ;
- l'adoption d'une démarche d'amélioration continue ;
- l'anticipation des risques d'échec ;
- l'intégration des projets dans la chaîne de valeurs ;
- la mise en œuvre d'un pilotage actif du bout en bout ;
  - l'intégration des coûts directs et indirects du processus d'intégration dans le budget initial.

La connaissance et la maîtrise de ces pratiques permettraient de gérer les hôpitaux comme des entreprises publiques et obtenir des résultats de qualité en

matière de leur gestion.

***La prise du pouvoir du Directeur* :** le Directeur du CHD-OP définit un pacte social ou un contrat d'objectifs avec l'ensemble de son personnel à son prise de service le 10 mai 2010. Les termes du contrat sont contenus dans son discours de prise de service prononcé publiquement devant :

- le Représentant du Ministre de la santé ;
- le Préfet des départements de l'Ouémé et du Plateau ;
- les collectivités locales ;
- le Maire de la ville de Porto-Novo, les têtes couronnées et les sages de la ville ;
- le Président du Conseil d'Administration et le Directeur sortant ;
- les membres du Comité de Direction et de la CMC
- les syndicats, les représentants du Personnel.

Encadré 5 : *Discours de prise de service du l'actuel Directeur*

« En cette circonstance où je prends les rennes de cet hôpital, que vais-je dire à son sujet ! C'est avec un réel plaisir que je me retrouve parmi vous ce jour lundi 31 mai 2010. Qu'il me soit d'abord permis de rendre grâce à Dieu Tout Puissant qui l'a ainsi voulu. Qu'il me soit également permis de vous remercier très sincèrement vous tous qui avez fait le déplacement malgré vos multiples occupations. J'exprime toute ma gratitude au Ministre de la Santé et à travers lui tout le Gouvernement du Dr YAYI Boni pour la confiance qu'ils ont voulu placer en ma modeste personne…, etc.

*S'agissant du travail qui nous attend, je suis persuadé que beaucoup de choses ont été faites et qu'il reste encore beaucoup à faire. C'est donc la conjugaison de nos efforts, de nos expériences de nos connaissances et de nos savoir*faire qui nous permettra de faire face aux multiples défis qui sont les nôtres.*

Comme vous le savez, le vent du changement souffle dans notre pays et le secteur hospitalier n'en est pas du reste. Les cadres de santé de nos jours, ne peuvent pas seulement être une femme ou un homme de métier, un praticien compétent mais qui a du

mal à maîtriser les contraintes de l'environnement.

L'hôpital de façon générale était attaché à une culture de solidarité et de prouesse technique financée par le budget de l'Etat et les partenaires au développement. ***Mais les enjeux de santé dont le désengagement des partenaires et les contraintes économiques, l'obligent à avoir désormais une vision stratégique de son activité et un management par projet. Nous devons donc passer d'une logique purement médicale à une logique médico-économique qui conciliera et réconciliera le médical et la gestion.***

La Commission Médicale Consultative et le Comité de Direction ont donc un grand rôle à jouer dans l'opérationnalisation de cette stratégie.

Le Directeur Départemental de la Santé de l'Ouémé et du Plateau, le Président du Conseil d'Administration et les Représentants du Personnel et Syndicats seront constamment consultés sur les grands dossiers de l'hôpital.

Cette approche de gestion participative permet une cohérence globale et rigoureuse à tous les niveaux de l'hôpital et est d'autant plus nécessaire face à, la complexité des soins et aux contraintes des ressources.

Dans la mouvance actuelle du changement, cette approche permettra également à notre nôtre hôpital d'ouvrir un vaste chantier de réflexion dans la perspective de passer de la logique du type réglementaire à une logique orientée vers la notion de performance et de la qualité. Ce chantier de réflexion s'articulera autour des points suivants :

L'accueil des patients avec tous ses corollaires ; et la gestion de leur temps d'attente ; L'hygiène hospitalière et la lutte contre les infections nosocomiales ;

Les vigilances sanitaires (hémovigilance, infectiovigilance, matériovigilance, Pharmacovigilance), une attention particulière sera accordée aux personnes vivant avec le VIH Sida ;

La motivation, l'évaluation et la formation du Personnel ;

La réorganisation des fonctions logistiques ;

Le système adéquat de communication à mettre en place pour passer de la logique du savoir – faire à la logique du faire savoir.

L'arbitrage entre la recherche de l'équilibre budgétaire et la nécessité du respect de la notion du service public face à la réalité des disparités sociales des populations et aux urgences.

L'inscription de ces grandes lignes, au rang des chapitres à examiner ensemble, est due à plusieurs raisons dont les plus saillantes sont :

Le Patient assimilé à un Client : Ce fameux client de plus en plus exigeant, évalue l'hôpital non seulement sur le soin, mais sur l'idée qu'il se fait de l'accueil, de l'hébergement, de sa prise en charge, des rançonnements et des pratiques parallèles dont il est victime. Celui-ci conscient de ses droits de plus en plus croissants fait jouer la concurrence en choisissant sont lieu de soin dans le secteur privé.

La nécessité de réaliser et de maintenir l'équilibre budgétaire : Même si la mission de l'hôpital en tant que service public est incompatible avec la recherche effrénée de bénéfice, il n'en demeure pas moins qu'il a l'obligation de s'assurer un équilibre budgétaire lui permettant dans un premier temps de faire face à ses charges de fonctionnement, et dans un second temps de procéder à un renouvellement de ses équipements.

Le personnel : généralement, beaucoup d'entre les praticiens hospitaliers sont préoccupés par leurs perspectives de carrière, l'évaluation dont ils font l'objet, le manque de coordination de certains services et des conditions de collaboration entre les acteurs. Ils déplorent également le manque d'information quant aux objectifs généraux de leur hôpital. Tout ceci se traduit par des mécontentements, des récriminations accrues, voire des replis sur soi et des discours critiques sur l'hôpital.

Cette situation doit s'améliorer en vue de redonner ambition et espoir au CHD-OP à travers la mise en œuvre de principes simples : la confiance en soi, la responsabilité partagée, le sens de l'engagement et de compte rendu, etc. Ces valeurs sont aussi des valeurs citoyennes qui nous renvoient à nos devoirs envers tous nos partenaires ; etc.

Source : Extrait Discours Prise de service de l'actuel Directeur du CHD-OP, PEDRO, C. 30 mai 2010

Ce discours assez riche contient des phrases à connotation forte.

Premièrement, le désengagement des partenaires et les contraintes économiques, l'oblige la Direction et ses partenaires internes à avoir désormais une vision stratégique de son activité et un management par projet.

*Deuxièmemen*t, l'approche de gestion participative mise déjà dans les dispositions statutaires, avec les organes de cogestion, doit permettre une cohérence globale et rigoureuse à tous les niveaux de l'hôpital et est d'autant plus nécessaire face à, la complexité des soins et aux contraintes des ressources.

Troisièmement, l'amélioration de l'état de la gouvernance permettra le développement dans l'homme (sous-entendu prestataires) des vertus comme la confiance en soi, la responsabilité partagée, le sens de l'engagement et de compte rendu. Etc. Ces valeurs sont aussi des valeurs citoyennes qui nous renvoient à nos devoirs envers tous nos partenaires ; etc.

Ce discours porte des contrats d'objectifs qui concordent avec la mission

essentielle de l'hôpital, celle de dispenser des soins de qualité aux patients. Cette qualité ne serait obtenue sans la mise en œuvre des vigilances sanitaires. Ces objectifs sont inscrits en italique dans le tableau ci-dessus. Lorsque la Directeur sera affecté, il fera son autoévaluation sur la base des objectifs communiqués dans ce discours. Ce pouvoir est mis en œuvre grâce à une équipe de collaborateurs spécialisés notamment :

Le Chef Service des Affaires Administratives et Economiques : Il est chargé d'organiser la facturation des droits de l'hôpital, la gestion administrative et du personnel, la comptabilité matière, la gestion des malades et les statistiques, la maintenance des infrastructures et équipements, la gestion des régies d'avances.

Ces différentes activités sont menées au sein des divisions rattachées à son service. Pour évaluer ses activités, il organise des staffs hebdomadaires des responsables de divisions administratives

Le Chef Service des Affaires Financières : Il est chargé d'organiser l'élaboration du budget, le recouvrement, le paiement des dépenses, les opérations bancaires, la comptabilité générale et analytique d'exploitation, la gestion des outils informatiques et la gestion des régies de recettes.

Le Chef des services médicaux et techniques assume la présidence de la

Commission Médicale Consultative (CMC) et participe à toutes les prises de décisions concernant les activités menées au sein des services médicaux et techniques, les personnels de diverses catégories professionnelles. Il est à remarquer que celui-ci est toujours appelé

‘’Président du **CMC’’** et non ‘’Chef des services médicotechniques’’

Le Chef Division de la Gestion Administrative et du Personnel s’investit dans le développement des compétences avec la collaboration des chefs de services et surveillants de pavillons. Il est chargé de la description des postes des agents de santé, la gestion des carrières, les mutations internes, la répartition des agents dans les services, l’évaluation des agents.

Le Surveillant général assure le maintien de l’ordre et de la discipline, la sécurité des biens et des personnes, l’assainissement de l’hôpital.

Le Directeur de l’hôpital, détenteur du pouvoir charismatique, celui de garantir la vise et l’équilibre de l’hôpital. Il est sensé connaître les groupes stratégiques ‘’points nodaux’’ et mettre en œuvre une politique qui cadre avec la satisfaction de leurs besoins. Il doit s’assurer que l’hôpital exerce ses activités dans le respect de ses groupes sans laisser celles-ci primer sur ses propres valeurs. Il est associé de son *Chef Service des Affaires Administratives et Economiques* qui partage avec lui la même vision des choses et des faits. Ces deux personnes exercent deux aspects de pouvoir : le’’ pouvoir sur ‘’ et le ‘’pouvoir stratégique’’

Le ‘’pouvoir sur’’ est celui qu’exerce une personne X sur une autre Y afin d’obtenir que, dans sa négociations avec Y, les termes de l’échange lui soient favorable.

Le personnel de santé qui réclame son droit ; celui de soigner les patients dans des conditions acceptables de travail. Il négocie à cor et à cri ces conditions et réclament leurs salaires, leurs primes ou intéressements.

Les *patients* qui négocient en permanence l’accessibilité et la qualité des soins de santé. Leur pouvoir s’exprime à travers de vives réactions de contestation à l’égard du personnel soignant. Lorsqu’ils savent qu’ils ont raison, leurs réactions dépassent même le cadre de l’hôpital pour être portées au niveau des média et des instances politiques.

Les syndicats ont un pouvoir dirigé pour ou contre les administrateurs ou les managers hospitaliers. Leur pouvoir devient très fort lorsque les promesses que les dirigeants leur font ne sont pas respectées dans les délais contractuels. C’est l’exemple du Syndicat des contractuels du Centre hospitalier Départemental de l’Ouémé et du Plateau qui fait couler beaucoup d’encre et de salive. Ils réclament la cogestion des fonds alloués en termes de crédits. Les *fournisseurs*, quant à eux, manifestent leur suprématie sur la Direction hospitalière lorsque celle-

ci se voit obligée de recourir à eux pour obtenir satisfaction de leurs besoins.

Prise de décision de la Direction de l'hôpital : lorsque l'équipe administrative doit fixer des priorités, répondre aux questions et résoudre des problèmes courants, elle est soumise constamment à la nécessité de prendre des décisions importantes**.** Il existe deux grands niveaux de prise de décisions : le niveau administratif et le niveau des services médicotechniques.

*Au niveau administratif***,** le Directeur et le Chef Service des Affaires Administratives et économiques s'approprient les décisions prises au niveau des organes.

Au niveau des services médicotechniques, ce sont les Chefs services, les Surveillants de pavillons et les responsables des divisions médicotechniques qui prennent des décisions internes que mettent en application leurs personnels. Les décisions prises sont relatives à l'organisation de l'offre de soins. Par exemple, le surveillant de pavillon organise le service régulier qui implique la présence obligatoire des agents impliqués et le service de garde composé d'un effectif raisonnable d'agents pouvant travailler pendant 24h et être de repos pendant 48 à 72 heures. Celui-ci planifie les ressources ou les moyens de mise en œuvre des prestations et évalue l'ampleur de l'offre de soins par l'élaboration des rapports statistiques.

La prise de décision commence par l'identification d'un problème. Le problème peut être structuré ou non et interprété en lui donnant un sens. Une fois que la décision est prise à un niveau, elle est transmise à travers le circuit administratif, puis atteint les cibles chargées de sa mise en œuvre, puis retourne sous forme opérationnalisée c'est-à-dire sous forme du travail fait au décideur. La prise de décision peut être représentée par une série d'étapes centrées en premier lieu sur les politiques et ensuite sur des considérations opérationnelles. A chaque niveau de prise de décision, l'utilisation d'informations pertinentes améliore souvent la qualité et l'issue de la réflexion.

Tableau IX : Processus de prise de décision

Processus de prise de décisions		
Décions fondées sur des politiques		***Décisions de nature opérationnelle***
1. Connaître les problèmes		7.Evaluer les conséquences
2.Définir les problèmes		6.Intervenir
3.Identifier les besoins		5.Envisager des solutions
4.Fixer les buts		

Source : d'après CRDI/OMS ; 1993

L'expérience de l'actuelle Direction hospitalière présentée par le Chef service des Affaires Administratives et Economiques (CSAAE) : «A notre prise de service en Mai 2010, nous avons établi une fiche d'identification des problèmes que nous avons adressée aux chefs services pour recueillir les difficultés qu'ils

rencontrent dans la mise en œuvre des prestations. Une fois remplies, ces fiches ont été transmises à la Direction pour être étudiées. La moisson des données a été assez abondante et laisse entrevoir l'ensemble des difficultés connues dans les divers services. Ces difficultés ont été hiérarchisées par service et par ordre de priorité. Parmi celles-ci, il y a celles communes à tous les services ou à quelques-uns ; et d'autres spécifiques par rapport à quelques-uns. A partir de là, un tableau de bord est mis en place et des actions correctrices sont enclenchées ».

De ce tableau de bord vont émaner toute une série de décisions organisationnelles et de stratégies de résolution des problèmes de l'hôpital. Une vision est dessinée, celle d'améliorer la qualité des soins et les conditions de travail des professionnels de santé durant tout le mandat de la direction. Cette vision est déclinée en objectifs, stratégies et résultats attendus. Tout cela s'inscrit dans le cadre d'un **changement organisationnel planifié,** c'est-à-dire une tentative intentionnelle de la part des responsables pour améliorer le fonctionnement des services. Les efforts faits en faveur d'un changement ont permis d'acquérir de nouveaux dispositifs de gestion de l'environnement grâce à la dynamisation des divisions administratives et techniques et au renforcement des capacités organisationnelles. Le Chef du Service des Affaires Administratives et Economique est le véritable moteur de ce changement ; il assiste les responsables de divisions administratives et les surveillants des pavillons dans leurs rôles. En début de semaine, soit le lundi ou le mardi, tous

les responsables de divisions se réunissent en staff munis de leurs rapports d'activités pour la semaine à venir et d'un compte rendu de la réalisation des activités de la semaine écoulée.

Le Directeur de l'hôpital quant à lui, rencontre l'ensemble des chefs de services administratifs, économiques financiers et le Surveillant Général pour une Revue de Direction. A ces niveaux, les décisions sont prises et opérationnalisées à court terme.

Les acquis se présentent en trois groupes :

- *La réfection des infrastructures et équipements''* : Réfection des anciens bâtiments, amélioration du cadre d'incinération des déchets biomédicaux, réhabilitation de la cuisine moderne et contractualisation de la restauration du personnel de garde, aménagement d'une salle de réunion, construction d'une chapelle et d'une mosquée, la construction récente d'une unité de prise en charge des brûlés, mise en place d'un dispositif de recueil des plaintes des usagers, etc.

- *L'acquisition de nouvelles compétences :* hygiène hospitalière, sécurité des biens et des personnes, développement du système de management de la qualité

- *Le développement de nouvelles technologies de l'information et de la communication :* mise en place d'un dispositif de télémédecine, mise en réseau de certains services clés en réseau internet, développement de la communication entre certains responsables par intranet.

La Direction de l'hôpital accorde une attention particulière aux problèmes ayant

d'impacts directs sur les prestations médicales et para médicales. Par exemple, la panne sur un appareil de diagnostic ou de soins impose la vigilance des responsables à tous les niveaux du système de soins. Dans ces cas la prise de décision est imminente et la solution est vite trouvée. Cette attitude est conforme au principe éthique selon lequel la prise de décision doit respecter le bien et le mal dans les valeurs ou le comportement des individus, des communautés dont ces individus font partie.

La prise de décision est toujours orientée vers un but ou vers des objectifs à atteindre à court ou à moyen terme. Ainsi, le Directeur de l'hôpital ne doit pas s'éloigner de son tableau de bord qui devrait être affiché quelque part dans son bureau ; ce qui ne s'observe pas. Par contre, le Chef Service Affaires Administratives et Economiques s'inspire du Plan de Travail Annuel et des Programmes d'Activités Hebdomadaires des responsables de division pour intervenir dans les différents domaines d'activités de l'hôpital.

5-1-7 Synthèse SWOT de l'institution hospitalière

Forces

- Le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau (CHD- OP) dispose d'une mission et d'une vision de son avenir. Il fonctionne suivant les textes juridiques qui lui ont donné son existence et sa mission de service public. « Il est doté d'une personnalité morale et d'une semi

autonomie financière selon l'article 1er du Décret n°90-347 du 14 novembre 1990 « le CHD est doté de la personnalité morale et d'une semi autonomie financière » et selon le même Décret, mais à l'article 24, « le Directeur du CHD est l'ordonnateur de la formation sanitaire et veille à son exécution tant en recettes qu'en dépenses », il assume bien son autorité administrative an assurant la gouvernance par le contrôle du service et la prise des décisions ;

- Le pouvoir de motivation est mis en œuvre par des lettres de félicitation et de remerciement ;
- Le pouvoir coercitif est mis en œuvre par de notes de sanction ;
- Le fort dynamisme d'institutionnalisation par la mise en place de dispositifs encore non statutaires pour son fonctionnement (par exemple la création d'une division d'hygiène hospitalière en 2005 grâce au partenariat entre le CHD-OP et le Centre Hospitalier Général de Laval en France, l'institution de l'administration de garde chargée d'assumer la vigie hospitalière les nuits, etc.) ;
- L'existence d'un règlement intérieur
- La prise en temps opportun de décisions de sanction par rapport aux actes d'indélicatesse ;
- Le début d'institutionnalisation de la démarche qualité avec le développement du projet de certification de la pédiatrie, et d'une forte

intégration des services impliqués.

Faiblesses

- La configuration du Conseil d'administration ne reflète pas la participation des collectivités locales représentées par le Maire et les usagers consommateurs des soins.
- L'abondance des textes juridiques qui ont plus ou moins évolué dans le temps depuis la mise en place des établissements hospitaliers. Néanmoins, ces textes ne sont pas toujours dans le sens du développement. Ils ont précisé les différents organes d'administration, d'organisation et de gestion des ressources. Mais des difficultés existent quant à leur application.
- Les valeurs cardinales d'un hôpital public sont connues, mais difficiles à respecter. Il s'agit des principes de continuité, d'égalité ou d'équité d'adaptation, de gratuité et de neutralité.
- Le pouvoir administratif est souvent compromis par des groupes de pression qui élaborent et mettent en œuvre des stratégies de contournement des décisions prises. Cela se passe souvent dans des situations conflictuelles où l'administration devrait avoir raison de ces groupes.
- L'inexistence de textes ministériels devant règlementer certains domaines d'actions de développement de l'hôpital comme le Financement Basé sur la Performance, l'éthique et la déontologie, la gestion des ressources humaines

et matérielles ;

- L'inexistence de décrets portant création de la Service d'hygiène Hospitalière et de la Cellule Qualité et du Développement ;
- La faible formalisation des responsabilités relatives aux services médicaux &, techniques et au contrôle de gestion ;
- L'inexistence des textes favorisant la décentralisation du pouvoir administratif et financier ;
- La non vulgarisation et la méconnaissance du règlement intérieur par l'ensemble du personnel de santé.

Opportunités

- Les formations de courte durée organisées par le Ministère de la santé et les partenaires au développement ;
- Les stages administratifs de mise à niveau ou de recyclage.

Menaces

- Non-respect du contenu de la loi n° 97-020 1997 du 17 juin fixant les conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales en République du Bénin et ses Décrets d'application. Cette loi a porté un grand coup sur le système hospitalier du point de vue de sa mission et de son fonctionnement car l'hôpital public est devenu de nos jours le siège même de l'exercice en clientèle privée. Détournement des équipements hospitaliers publics sont détournés vers des cliniques privées

et, certains professionnels du corps médical négocient avec les directeurs d'hôpitaux la réalisation de prestations de spécialité à titre privé dans leurs hôpitaux.

- Développement de normes professionnelles contraires à la déontologie et à l'éthique sanitaire.

5-2 ORGANISATION ET ACTEURS EN PRESENCE

Le sous-secteur hospitalier (SSH) du Bénin est constitué d'établissements hospitaliers de soins publics et privés. Le Centre Hospitalier départemental de l'Ouémé et du Plateau est partie intégrante de ce sous-système. A cet effet, il joue un rôle extrêmement important dans le renforcement des capacités du système hospitalier en répondant aux besoins des populations. C'est pourquoi, dans le cadre de cette recherche, il parait important d'examiner les différentes parties prenantes internes et externes de son organisation, de son fonctionnement et qui contribuent d'une manière ou d'une autre à son développement.

5-2-1 Structures en charge du développement du CHD-OP

- Le Cabinet du Ministère en relation avec les structures nationales du MS de la Santé (Directions centrales et Techniques, Agences nationales, Ordres

nationaux, AMCES, la CAME).

- Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) qui interviennent au profit du sous-secteur hospitalier.
- Les structures de formation des professionnels de santé : L'évaluation du système de santé du Bénin en septembre 2012 a identifié sept établissements qui assurent la formation de base des ressources humaines du SSH. Ce sont la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de l'Université d'Abomey-Calavi, l'Institut régional de santé publique (IRSP), l'Institut National Médico- Social (INMES), l'Ecole spécialisée proposant une formation en anesthésie et en réanimation cardio-pulmonaire a été créée pour les infirmiers et sages- femmes, l'École Nationale des Infirmiers et Infirmières Adjoints du Bénin (ENIIAB) et l'École Nationale des Agents d'Assainissement et d'Hygiène (ENAAH), l'Ecole Polytechnique d'Abomey-Calavi (EPAC) forme, entre autre, des ingénieurs des travaux en imagerie médicale et en analyses biomédicales, l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) qui forme des attachés et des administrateurs d'Administration Hospitalière, Universitaire et d'Intendance (AHUI) ; pour ne citer que ceux- là.
- Les structures des niveaux intermédiaire et périphérique : la Direction Départementale de la santé de l'Ouémé et du Plateau, la Préfecture et la Mairie de Porto-Novo, la Direction Départementale du Travail, les Organisations non-

gouvernementales, le Centre national de sécurité sociale ;les organisations caritatives, pour ne citer que ceux-là.

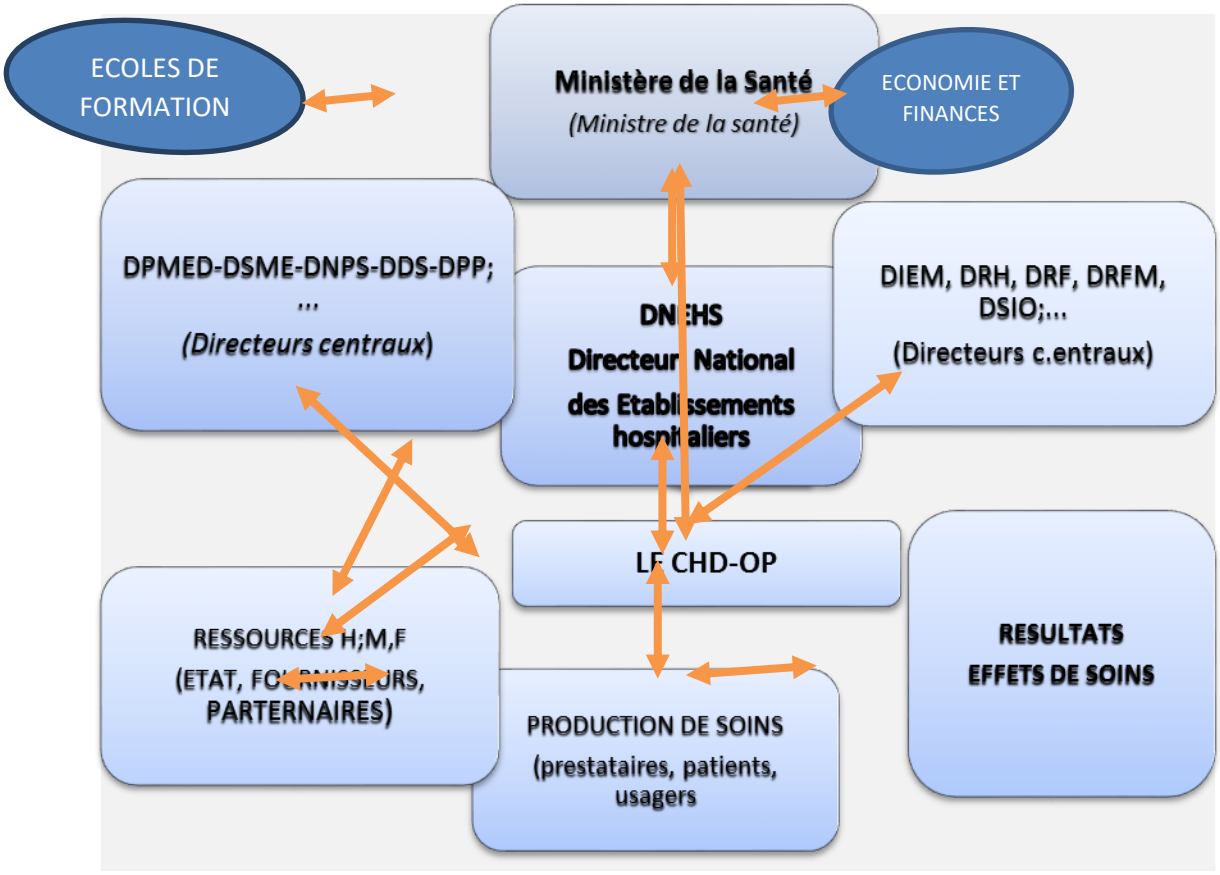


Figure 11: Cadre organisationnel de la DNEHS et du CHD-OP
Source : Adapté de DEGUENON (2014)

5-2-2 Le Plan National du Développement Sanitaire (PNDS)

Le Plan National du Développement Sanitaire du Bénin présente la vision de l'hôpital d'ici à 2025 :

« Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'offre et la disponibilité permanente de soins de qualité , équitables et accessibles aux

populations de toutes les catégories, fondées sur les valeurs de solidarité et de partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois. A la lumière des problèmes identifiés, cinq domaines prioritaires ont été déclinés en programmes et sous-programmes dont la mise en œuvre permettrait de relever les défis « Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'offre et la disponibilité permanente de soins de qualité , équitables et accessibles aux populations de toutes les catégories, fondées sur les valeurs de solidarité et de partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois. A la lumière des problèmes identifiés, cinq domaines prioritaires ont été définis, notamment :

- la prévention et la lutte contre les principales maladies et l'amélioration de la qualité des soins ;
- la valorisation des ressources humaines ;
- le renforcement du partenariat, la promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale ;
- le mécanisme de financement du secteur ;
- le renforcement de la gestion du secteur.

Ces domaines ont été déclinés en programmes et sous-programmes dont la mise en œuvre permettrait de relever les défis.

Tableau X : Programmes Nationaux du Développement du Secteur Santé

Programme 1 : Promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base Viabilisation et Assainissement du milieu et Communication pour un changement de comportement.	***Programme 7 : Amélioration du Système de management des ressources humaines*** *Amélioration de la gestion de la carrière du personnel - Amélioration des mécanismes d'incitation au maintien au poste et à la performance du personnel - Prévention et gestion des risques professionnel- Déconcentration et décentralisation de la gestion*
Programme 2 : Santé de la reproduction Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale - Lutte contre la mortalité infantile et juvénile	***Programme 8 : Renforcement du partenariat entre les acteurs*** *Partenariat entre le secteur public et le secteur privé-Partenariat entre le Ministère de la santé et les élus locaux - Partenariat entre le Ministère de la santé et les autres ministères.*
Programme 3 : Lutte contre la maladie Lutte contre les maladies prioritaires, IST/VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose - Lutte contre les autres maladies transmissibles - Lutte contre les maladies non transmissibles - Amélioration de la disponibilité des médicaments de bonne qualité et à coût réduit ; etc.	***Programme 9 : Promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale*** *Renforcement de l'éthique et de la responsabilité médicale - Développement et promotion de l'Assurance Qualité*
Programme 4 : Développement hospitalier *Développement d'un système de management de la qualité des soins - Renforcement des plateaux techniques - Réforme hospitalière - Organisation et renforcement de l'offre de soins*	***Programme 10 : Financement*** *Promotion de l'assurance maladie et des mutuelles de santé*
Programme 5 : renforcement de la planification des ressources humaines- *Renforcement des effectifs des ressources humaines en santé - Renforcement du partenariat entre acteurs internes et externes -*	***Programme 11 : Renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables.****Renforcement de l'assistance médicale - Mobilisation*

Développement des capacités de la recherche en santé	*de l'épargne nationale*
Programme 6 : Amélioration de la production et du développement des ressources humaines *Développement d'un plan de formation initiale du personnel- Développement des compétences du personnel*	***Programme 12 : Renforcement institutionnel*** *Renforcement des capacités de coordination, de planification et d'évaluation - Renforcement du mécanisme de maintenance des infrastructures sanitaires*

5-2-3 Plan Hôpital Bénin 2009-2018

Le Plan Hôpital 2009 – 2018 vise une accessibilité totale des populations aux soins et services de santé quel que soit leurs catégories, leurs lieux d'implantation, leurs niveaux de vie.

Objectif Global : Toutes les couches de la population bénéficient des soins et services de santé hospitaliers de qualité.

Objectif spécifique : Le BENIN dispose d'hôpitaux performants fréquentés par une population satisfaite des prestations

Domaines prioritaires d'intervention : Pour atteindre ces objectifs, quatre (04) résultats sont attendus :

R1. L'amélioration de la gouvernance hospitalière ;

R2. La définition et le respect du cadre législatif et réglementaire hospitalier ;

R3. L'amélioration de la qualité des soins et services hospitaliers ; R4.

L'amélioration des relations de l'hôpital avec son environnement.

Ces quatre résultats s'intègrent bien dans le Plan National du Développement du Secteur Santé (PNDS 2008-2016 en général et en particulier dans le programme intitulé « Développement hospitalier » qui comporte quatre (04) sous programmes :

SP1 : Le management de la qualité en milieu hospitalier
SP2 : Le renforcement du plateau technique
SP3 : L'organisation et renforcement de l'offre de soins
SP4 : La réforme hospitalière.

Tableau XI : Plan stratégique du développement du sous-secteur hospitalier du bénin : 2009-2018

VISION DU MS (PNDS)	AMELIORER LES CONDITIONS SOCIO SANITAIRES DES FAMILLES SUR LA BASE D'UN SYSTEME INTEGRANT LES POPULATIONS PAUVRES ET INDIGENTES			
PROGRAMME PRIORITAIRE (PNDS)	PREVENTION ET LUTTE CONTRE LA MALADIE ET AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS			
OBJECTIF GLOBAL (PSDS)	TOUTES LES COUCHES DE LA POPULATIONS BENEFICIENT DES SOINS ET SERVICES HOSPITALIERS D'EXCELLENTE QUALITE			
OBJECTIF SOUS PROGRAMME(PNDS) (PSHS 2008-2012)	LE BENIN DISPOSE D'HÔPITAUX PERFORMANTS FREQUENTES PAR UNE POPULATION SATISFAITE DES PRESTATIONS			
SOUS-PROGRAMME (PNDS-2009-2018)	Réforme hospitalière	Management de la qualité	Renforcement du plateau technique	Organisation et Renforcement de l'offre de soins
QUATRERESULTATS ATTENDUS	La gouvernance hospitalière est améliorée	Le cadre législatif et réglementaire hospitalier est défini	La qualité des soins et services est améliorés.	Les relations de l'hôpital avec son environnement sont améliorées

Source : Ministère de la Santé-PSDH

5-2-4 Les acteurs en présence

L'examen des relations entre la situation interne de l'hôpital et l'environnement extérieur est fondamental dans l'évaluation de la gouvernance hospitalière.

Les acteurs de la gouvernance nationale, politiques ou administratifs sont officiellement connus de tous, notamment : Le Président de la République et le Personnel de son cabinet, le Ministre de la santé et le Personnel de son cabinet, le Directeur National des Etablissements Hospitaliers et de Soins et son Personnel, les fournisseurs d'intrants, appuient officiellement la gouvernance de l'hôpital en jouant les rôles définis dans leurs statuts.

Les acteurs externes :

Le monde marchand qui affirme la supériorité de la logique marchande est représenté par :

Les sociétés pharmaceutiques représentées par leurs délégués. Ceux-ci intègrent l'espace hospitalier en faisant valoir la qualité de leurs produits auprès des médecins. Ils se comportent comme des commerçants ou vendeurs de médicaments.

Les fournisseurs de réactifs, produits alimentaires et d'hygiène pullulent de part et d'autre ventant leurs produits ceux-ci comme les délégués médicaux, passent de service en service pour leurs négociations.

Les petits commerçants sillonnent les artères de l'hôpital pour vendre leurs marchandises aux usagers, patients hospitalisés et même aux agents de santé.

Les assurances et les groupes financiers impliqués dans l'offre de soins, les fournisseurs d'équipements et matériels de diagnostic et de soins. Ceux- ci sont en perpétuelle négociation avec la Direction de l'hôpital pour faire couler leurs produits.

Les usagers appelés patients ou clients manifestent leur droit aux soins dans les meilleurs délais du fait de leur contribution au financement de l'hôpital. En somme, toutes ces logiques s'intègrent pour réguler le système de soins et chaque logique constitue un langage à part entière, fondé sur sa propre vision du système de soins. Néanmoins il existe des frontières autour desquelles se concentrent les tensions entre les logiques. Ces frontières font souvent l'objet de discussions et de négociations lors des débats entre gestionnaires et prestataires de services de santé.

Analyse du cadre organisationnel : La présente analyse a permis de mesurer la capacité du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau à accomplir sa mission et d'évaluer l'adéquation de cette mission par rapport à la structuration en vigueur, en vue d'optimiser voire redéfinir la structure organisationnelle actuelle pour rendre le SSH plus performant. Ce cadre organisationnel présente deux niveaux : un niveau stratégique et un niveau opérationnel. Au niveau stratégique, plusieurs Directions techniques interviennent

dans l'organisation du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau. Cela est de même pour tous les autres hôpitaux départementaux du Bénin. Certes, la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins est mise en place et est structurée en différents services chargés de mener des actions au profit du développement des établissements hospitaliers et de soins. Mais, elle n'est pas la seule et unique Direction ayant pour mission la gestion stratégique du SSH. En effet l'analyse du décret n°2012-272 du 13 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé montre que la mission relative au développement des structures hospitalières est partagée entre plusieurs autres Directions, notamment la Direction des Soins Infirmiers et obstétricaux, la Direction des Infrastructures, Equipement et Maintenance, la Direction Nationale de Santé Publique, la Direction de la Santé de la Mère et de l'enfant, la Direction de la Pharmacie des médicaments et Explorations Diagnostiques et même la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins exécutent chacune de son côté, un aspect de la mission de conception, d'élaboration et de mise en œuvre de la politique et des stratégies de développement du Sous-Secteur Hospitalier du Bénin. Cette diversité de sources d'interventions est bénéfique pour les hôpitaux du Bénin et en particulier le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau quand bien même elle porte inévitablement les risques de gaspillage des ressources de gaspillage de ressources dans les actions du développement hospitalier. Malgré la création de la

DH en 2005 devenue DNEHS en 2012, il n'y a pas encore eu redistribution des rôles et missions en ce qui concerne le développement du SSH. Ainsi, la DNEHS a conçu et élaboré les normes de soins en pédiatrie, chirurgie, gynéco obstétrique et médecine pendant que la DSME en fait de même pour les soins obstétricaux et néonataux. Il y a là une *duplication significative d'une inefficience.*

Au niveau opérationnel ; celui où le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau s'inscrit, un organigramme définit les liens fonctionnels qui existent entre les structures composant chaque type d'établissement hospitalier.

5-2-5 Le processus gestionnaire

La planification : Un plan de travail annuel (PTA) est un document élaboré avec la participation de tous les acteurs du milieu hospitalier, sous la coordination de la Direction Départementale de la Santé et de la Direction de l'hôpital. Il requiert l'approbation des Chefs de services administratifs Surveillants de pavillons, Responsables de Divisions Administratives, Représentations syndicales et Délégation du Personnel ; ce avant d'être validé en Conseil d'Administration. Le Plan de Travail Annuel (PTA) est élaboré sur la base de la mission et des objectifs de l'établissement. « le véritable plan qu'il faut à l'étape actuelle de notre développement, qui se veut consensuel depuis la base au sommet, est celui qui s'élabore effectivement à partir des

structures de première référence où s'implique la communauté, qui intègre au fur et à mesure de sa remontée, les actions des projets/programmes et celles des partenaires au développement et dont le processus démarre et se déroule à bonne date : c'est **la planification ascendante intégrée (USAID, MS ; 2012).** Les principaux outils de planification sont : La Politique Nationale de Développement Sanitaire, les Stratégies Nationales de Développement du Secteur, le Plan Triennal de Développement, le cadre des dépenses à moyen terme, le budget programme ; etc.

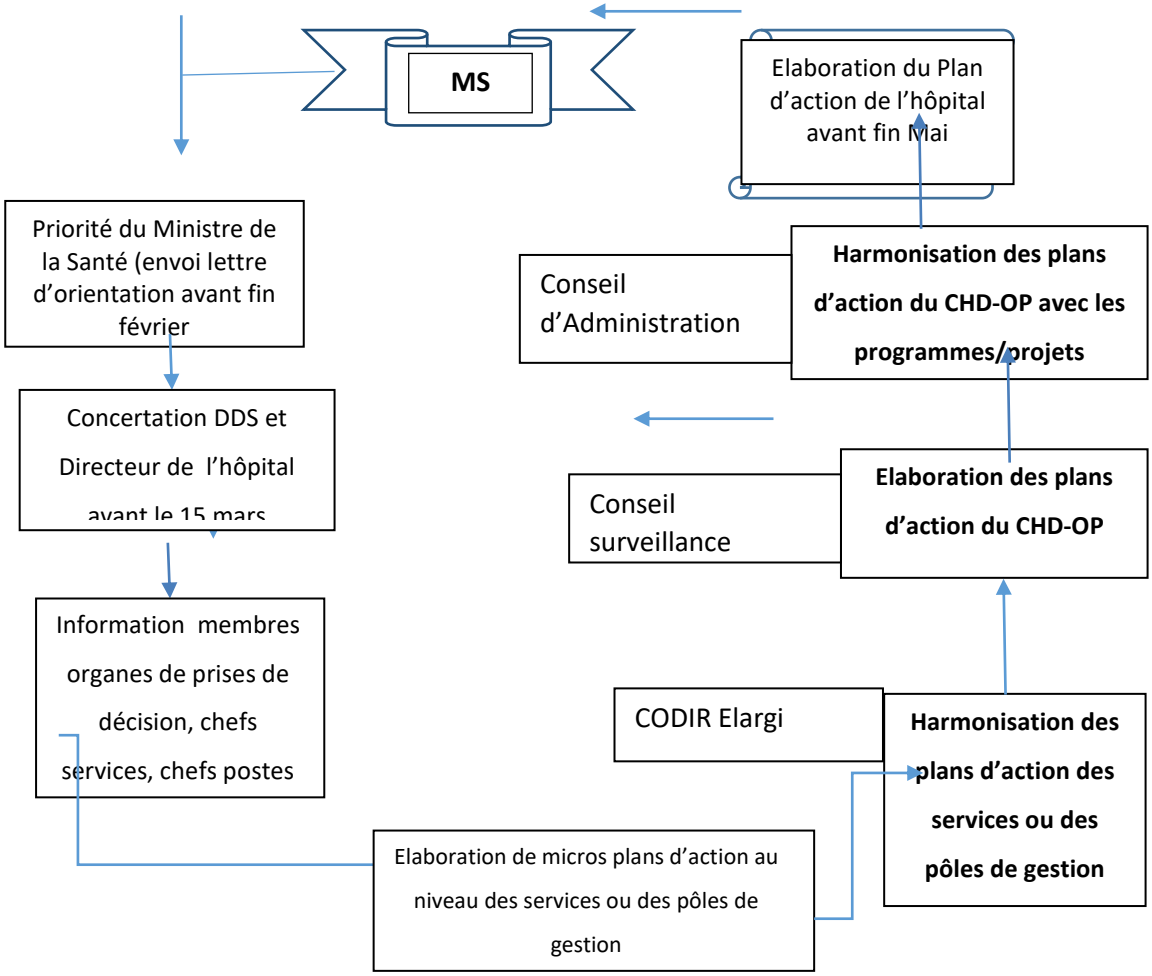


Figure 12 : Niveaux d'élaboration du PTA. *Source : Adapté de DEGUENON (2013)*

La prévision budgétaire : Elle comporte :

- Le budget d'investissement ou d'équipement qui prévoit l'acquisition aussi bien sur fonds propre que sur subventions d'équipements médicotechniques, la réfection de certains bâtiments et bureaux, ainsi que la construction de nouveaux bâtiments.
- Le budget d'exploitation ou de fonctionnement qui prévoit les ressources et les produits obtenus par la vente des produits pharmaceutiques, les prestations de services médicotechniques, les emplois ou charges représentés par les achats, les transports, les services extérieurs, les impôts et taxes, les charges du personnel, les dotations et amortissements.

Le financement. L'hôpital est financé par :

- le produit de la tarification, c'est-à-dire les recettes issues des prestations (25% des ressources financières) ;
- les subventions d'exploitation (20% des ressources financières) ;
- les charges subventionnées directement par l'Etat (50%) ;
- les autres (05% des ressources).

Le produit de la tarification s'obtient pour la plus grande partie par le paiement direct des soins et des médicaments par les usagers. Selon les travaux de la Banque Mondiale sur la financement des hôpitaux dans le cadre de la Réforme Hospitalière en Afrique en 2002 et 2003, la participation des usagers s'est accrue après la mise en œuvre de l'initiative de Bamako en matière de

paiement des usagers du fait de la ‘amélioration de la tarification de leurs activités (Agence nationale d’Evaluation des hôpitaux de Guinée, Annuaire statistique 2003). En fait, la non-fiabilité des données économiques

et financières est liée au faible degré de recouvrement des coûts de fonctionnement. Les hôpitaux publics ne récupèrent qu’une infime partie des recettes à causes des pourcentages payés par l’Etat et les institutions d’assurance.

Selon l’Organisation Mondiale de la Santé, le faible niveau de recettes hospitalières est lié à deux problèmes interdépendants. Tout d’abord, les sommes encaissées ne représentent qu’un très petit pourcentage des coûts de fonctionnement, ce qui s’explique par les politiques de tarification. Les prix fixés n’ont rien à voir avec les coûts réels des services. Au Centre Hospitalier Départemental de l’Ouémé et du Plateau, les tarifs sont restés stables pendant plus d’une dizaine d’années, à l’exception des actes de spécialités médicales ou chirurgicales qui ont connu une augmentation sensible de leurs tarifs.

En effet la tarification des activités a pris des formes variées :

- Tarification à l’acte ;
- Tarification à la pathologie ;
- Capitation ;
- Marge sur prix d’achat des médicaments ;
- Tarifications mixtes et hybrides.

Au Centre Hospitalier Départemental de l’Ouémé et du Plateau, les modes

de tarification diffèrent selon les activités.

Dans cet hôpital, la pose de l'oxygène est récemment considérée comme un acte qui a été affectée d'un coût. Cela vient du fait que l'oxygène est considéré comme un médicament soumis dans les pays riches à des règles de délivrance particulière. Utilisé en pratique depuis 200 ans, c'est probablement le produit le plus prescrit à l'hôpital. Dans les pays pauvres, l'oxygène est un produit difficile à obtenir, qui coûte cher et que les médecins n'utilisent qu'avec parcimonie. Il en manque souvent dans les hôpitaux, créant de graves problèmes aux patients. Comme dans la plupart des hôpitaux publics, plus de 55% des recettes sont payés à long terme par l'Etat. Les dépenses de fonctionnement y sont très peu récupérées. Ensuite, les recettes effectives provenant des sommes encaissées sont beaucoup inférieures aux rentrées d'argents attendues si tous les patients avaient payé les services facturés. Ce facteur est lié d'une part à des exemptions de certaines catégories de patients qui ont soit des parents dans les corporations sanitaires, ou parrainés par des hommes politiques et d'autre part à l'usage des méthodes d'encaissement à risque de détournement et au paiement des primes d'incitation.

Le caractère social de l'hôpital public, avec le respect des principes d'égalité aux soins de santé et de gratuité, impose à l'Etat la prise en charge financière de certaines pathologies.

Le régime assurance maladie universelle (RAMU) est une initiative

gouvernementale de réduction de la pauvreté. Il vise l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé. Ce dispositif assurantiel vise à règlementer, réguler et coordonner l'ensemble des mécanismes de couverture du risque maladie existant à l'échelle nationale.

Le plan stratégique de développement des mutuelles de santé 2009-2013 indique qu'il existe au moins une mutuelle de santé par département, avec une forte concentration dans le département de Borgou. En 2010, le nombre de mutuelles était estimé à 201, par rapport à 11 en 1997. Malgré cette forte croissance, leur contribution dans l'allègement du poids financier qui pèse sur les ménages reste faible. La majorité ne couvre que les petits risques (consultation curative primaire, consultation pré/post natale, accouchement normal, médicament essentiels) qui sont pris en charge au niveau des dispensaires, centres de santé d'arrondissement et centre de santé communaux. Alors que les gros risques tels que les interventions chirurgicales, les accouchements compliqués et les hospitalisations, qui sont plus coûteux, ne sont pas couverts par les mutuelles.

***Encadré 6** : Financement du secteur santé*

La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût. Le financement du secteur est un problème capital. Les résultats des comptes nationaux de la santé exercice 2003 montrent que 52,1% des dépenses de santé sont directement supportés par les ménages. Pour alléger ce poids financier des ménages, il convient donc, en dehors des mécanismes traditionnels de financement existants, de trouver d'autres mécanismes de financement du secteur. D'autre part, une attention particulière mérite d'être apportée aux couches les plus pauvres qui vivent dans une indigence totale et pour qui, si rien n'est fait, seront exclues du système de santé.

Le présent document de politique apporte des approches de solutions à travers trois (3) sous programmes :

La promotion de l'assurance maladie ;

La promotion des mutuelles de santé ;

Le renforcement de l'assistance médicale aux pauvres et indigents.

***Sous-programme** : Promotion de l'assurance maladie*

Objectif général : Améliorer l'accessibilité financière des ménages aux services de santé

Objectifs spécifiques :

- Mettre en place un système viable d'assurance maladie d'ici fin 2010 ;

- Réduire de 30% les paiements directs des ménages dans les structures de soins d'ici 2018 ;

- Créer les conditions pour qu'au moins 50% des ménages cibles souscrivent à une assurance maladie d'ici 2018.

Source : PNDS 2009-2018

Le PNDS prévoit la création d'une mutuelle de santé dans chaque commune d'ici 2016. Le plan de développement des mutuelles de santé qui a été élaboré en 2006 et réactualisé en 2008, pour couvrir la période 2009-2013, n'a toujours pas fait l'objet d'une mise en œuvre effective.

C'est un système de prépaiement des soins qui évite à l'individu de supporter les coûts catastrophique en cas de maladie.

Le montant des cotisations varie en fonction des groupes sociaux. Il est de 1000 francs CFA par personne et par mois pour les acteurs du secteur informel, les acteurs du secteur agricole, les salariés dont le revenu mensuel net d'impôt est très instable ou inférieur au SMIG et aux enfants de moins de 18 ans. Les indigents sont exonérés des cotisations et sont subventionnés par l'Etat.

Pour le cas particulier des hôpitaux départementaux, les patients payent les 10% des prestations et 20% pour les centres hospitaliers universitaires.

Les critiques de cette initiative tournent autour du vocable

‘’Universel’’ et de la capacité du gouvernement à trouver des moyens pour la mise en œuvre de cette politique.

Encadré 7 *: Le gouvernement a-t-il les moyens de faire le RAMU ?*

On n’a pas besoin d’enquêtes pour comprendre et conclure que cette histoire de RAMU est bancale et tordue. C’est à croire que ceux qui viennent dire n’importe quoi à la télé ont perdu la raison. Dans quel pays sommes- nous ? Pourquoi ces personnes qui sont bien averties et pétries d’expériences dans le domaine de l’assurance maladie ne réagissent pas à toutes ces idioties et mensonges de ceux qui nous gouvernent ? Mille FCFA pour se soigner (consultation, soins et achats médicaments etc.) ? J’ai l’assurance maladie FEDAS pas universelle bien sûr encore que universelle ne veut rien dire, c’est juste un jeu de mots et la maladie n’a rien à foutre avec les mots mais les maux doivent être soignés et bien. Je peux vous dire ceci : quand je me rends dans un centre de santé banal comme St Jean ou Mènontin et aussi au CNHU, ma consultation est payée par l’assureur à 5000 F, 8000F et 10 000F au niveau respectivement du généraliste, du spécialiste et du professeur. Dans les cliniques, il faut ajouter 2000F. Ce n’est que la consultation et il faut voir les soins et tout le reste... Alors la question qu’il convient de poser et se poser est celle-ci : le gouvernement a-t-il les moyens de son RAMU ou il va créer des coopératives de santé où les seront envoyés vite dans l’au-delà ? Car pour ceux qui ne le savent pas, le CNHU n’est pas le centre où l’on reçoit toujours les soins meilleurs mais il regorge de bons spécialistes et professeurs. Allez chez ces messieurs dans leurs cabinets et vous avez les soins meilleurs, allez-y comprendre quelque chose ! Beaucoup et mêmes les artistes qui chantent le RAMU n’y comprennent rien. Merci ».

RAMU et Fonds Sanitaire des indigents

« « Où en sommes-nous, concrètement, dans la mise en œuvre du Ramu au Bénin ?

«En dehors de l’enrôlement à marche forcée de certains groupes bénéficiaires (les indigents autrefois pris en charge par le Fonds Sanitaire des Indigents), peu de choses sont en place», note le rapport de la Banque Mondiale. Des questions subsistent, sur les critères de sélection des indigents qui ont été enrôlés, et sur ce à quoi vont servir les Fonds du FSI, transférés à l’Agence Nationale de l’Assurance Maladie (ANAM). Il n’existe aucune règle sur les modalités de remboursement des formations sanitaires par le Ramu ; les modalités d’encaissement des cotisations ne sont pas définies. Il n’existe pas, non plus, de stimulation financière du Ramu, encore moins de Plan de financement. Jusqu’à aujourd’hui, il n’existe pas encore de législation pour encadrer le Ramu. En clair, il n’y a, jusque-là, pas de feuille de route définissant une stratégie claire de mise en œuvre du système de couverture sociale maladie. »

Source : Ignare dans La Nouvelle Tribune Info du 12 Octobre 2013

Certains directeurs d'hôpitaux craignent de s'engager dans le Régime Assurance Maladie Universelle et se disent que les conditions ne sont pas encore remplies pour qu'ils s'engagent. Il faut que l'Etat puisse payer réellement les actes et soins administrés aux patients.

La prise en charge des populations les plus démunies par des systèmes de financement d'indigence : La gratuité des soins pour les patients indigents est soumise à la déclaration d'indigence. Elle relève de la responsabilité des collectivités territoriales, mais celles-ci ne financent pas pour autant leur prise en charge. Dans un autre cas, il est considéré que l'hôpital doit accueillir les indigents, étant entendu que la subvention de fonctionnement versée par l'Etat contribue à financer cette prise en charge. Au CHD-OP, l'indigence est constatée et confirmée d'abord par le personnel médical et paramédical avant sa confirmation par les agents su service social.

De la suppression de paiement des frais de soins de santé maternelle et infantile dans les hôpitaux publics au Bénin. Exemple : la gratuité de la césarienne.

Dans le cadre de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, les gouvernements ont proposé depuis quelques années des stratégies parmi lesquelles l'exemption des frais de soins de santé maternelle et infantiles. Au Bénin, cette exemption couvre les actes de césarienne et la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans. Ce programme permet de

faire la lumière sur la responsabilité de l'Etat dans la santé des populations, laquelle s'étend jusqu'à la prise des mesures de gratuité de certains actes et soins de santé. Cet engagement de l'État dans la transformation des besoins sociaux en programmes s'intègre bien dans le développement durable. Ces programmes sont à la fois bénéfiques pour les populations, le personnel de santé et les structures hospitalières en général. Les premières bénéficiaires de la gratuité de la césarienne sont les femmes pauvres et provenant des milieux ruraux. Quant à la gratuité de la prise en charge du paludisme, elle couvre les examens de laboratoire et les produits utilisés en urgence. Le coût des intrants réunis en un Kit (100.000 FCFA) et nul ne saurait en faire du commerce.

Les subventions de fonctionnement : L'octroi des subventions aux hôpitaux permet de compenser les manques financiers à la réalisation du service public hospitalier.

La question de l'autonomie des hôpitaux publics : «Tous les autres Etablissements publics de santé du pays ne jouissent que d'une autonomie relative. En effet, le Directeur n'est en réalité ordonnateur que d'une partie du budget car les dépenses sur les subventions octroyées sous forme de crédits délégués sont en fait ordonnées par le Préfet de Département ; les marchés d'acquisition d'équipement médicaux, de réhabilitation sont exécutés par le Ministère de tutelle. De même, il est noté que certains Directeurs ont signalé des injonctions d'exécution de dépenses non prévues au budget par le Supérieur

hiérarchique ; en cette matière, le collectif des praticiens hospitaliers a rappelé avoir, plus d'une fois, tiré sur la sonnette d'alarme à propos d'acquisitions de matériels sans leurs avis. Les conséquences de ces mises à l'écart sont la mise à disposition d'équipements ne respectant pas toujours les spécifications requises, de matériels déclassés (poupinels), de matériels sans que les précautions préalables à leurs installations n'aient été prises (lieux d'installation, alimentation en eau et électricité, courant force, etc.), de matériels non voulus ou inutilisables, de matériels inutiles etc. Cette attitude s'explique surtout par une insuffisance d'initiatives, et une faiblesse dans les rôles et responsabilités que doivent jouer les administrateurs et autres responsables. D'une manière générale par l'article 2 de la Loi n° 94-009 du 28 juillet 1994 portant AOF des Offices à caractère social, culturel et scientifique. En dehors de ce texte, des dispositions règlementaires ont confirmé l'autonomie des formations sanitaires, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agit de l'article1er du Décret n°90- 347 du 14 novembre 1990 portant AOF des Centres Hospitalier Départementaux et Formations Sanitaires Assimilées et d'autres concernant les hôpitaux de zone de la zone périphériques » (**Audit Institutionnel et Organisationnel, MS, 2012).**

S'agissant du volet relatif au financement qui constitue un aspect important du fonctionnement des formations sanitaires, les articles suivant disposent, chacun en ce qui le concerne de ce que :

- *les offices soient dotés de la personnalité morale et de l'autonomie*

financière (article 2 de la Loi n° 94-009 du 28 juillet) ;

- *le Directeur Général est l'ordonnateur de l'office » (*article 14 de la Loi n° 94-009 du 28 juillet 1994) ***;**

- *le Directeur Général est l'ordonnateur du budget du CHU et veille à son exécution tant en recette qu'en dépense (*article 29 du Décret n°2012- 300 du 28 août 2012 portant AOF des CHU) ;
- *le Centre Hospitalier Départemental est doté de la personnalité morale et d'une semi autonomie financière (*Article 1er du Décret n°90-347 du 14 novembre 1990 du Décret n°90- 347 du 14 novembre 1990) ;
- *le Directeur du CHD est l'ordonnateur de la formation sanitaire et veille à son exécution tant en recettes qu'en dépenses » (*article 24 du Décret n°90-347 du 14 novembre 1990 ;
- l*e DGTCP verse aux comptes bancaires ou postaux du CHD tous les produits de recettes qui transitent par ses caisses » ; « Tous les produits de recettes sont directement versés aux comptes bancaires ou postaux de l'Etablissement (*articles 56 et 57 du Décret n°90- 347 du 14 novembre 1990).

Au regard de ces dispositions, on devrait s'accorder que les formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide jouissent d'une pleine autonomie de gestion. Or, en dehors du CNHU, tous les autres Etablissements publics de santé

du pays ne jouissent que d'une autonomie relative. En effet, le Directeur n'est en réalité ordonnateur que d'une partie du budget. Les dépenses sur les subventions octroyées sous forme de crédits délégués sont en fait ordonnées par le Préfet de Département.

- Les marchés d'acquisition d'équipements médicaux et la réhabilitation des infrastructures sont exécutés par le Ministère de tutelle. Au cours de l'étude, il a été noté que des dépenses non prévues au budget ont été souvent exécutées dans des contextes assez difficiles pouvant entraîner le blocage de certains actes médicaux et techniques. Les conséquences de ces mises à l'écart sont la mise à disposition d'équipements ne respectant pas toujours les spécifications requises, de matériels déclassés, de matériels sans que les précautions préalables à leurs installations n'aient été prises (lieux d'installation, alimentation en eau et électricité, courant force, etc.), de matériels non voulus ou inutilisables, de matériels inutiles etc. Cette attitude s'explique surtout par une insuffisance d'initiatives, et une faiblesse dans les rôles et responsabilités que doivent jouer les administrateurs et les autres responsables.

Adéquation entre les textes institutionnels, l'organisation et les ressources du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau :

Pour assurer de façon efficace et durable son développement, le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau comme toute organisation, doit s'inscrire dans le cadre juridique et règlementaire qui régit sa

composition, son espace, les responsabilités et les droits, les règles de conduite et de gestion, les systèmes de valeur, le pouvoir et les rapports de pouvoir ; en bref, son contexte organisationnel et fonctionnel ainsi que le leadership à différents niveaux de son organigramme.

5-2-6 Autoévaluation de l'organisation administrative

L'organisation interne de l'administration hospitalière répond à la légitimité formulée dans les statuts des établissements hospitaliers. Il s'agit ici des dispositions communes à tous les hôpitaux publics du Bénin.

Le bon fonctionnement de l'appareil administratif dépend de sa capacité d'imprimer le bon rythme et de coordonner les initiatives des acteurs, de fournir des prestations de qualité dans un délai raisonnable et au moindre coût. Sans ses critères, le développement hospitalier ne serait qu'un simple discours. Ainsi, il faudrait commencer par s'assurer que l'administration hospitalière est suffisamment organisée pour faire face aux tâches de développement. Plusieurs indicateurs et critères nous ont permis d'évaluer l'organisation internes de l'hôpital.

Une administration performante ou qui fonctionne bien est capable d'imprimer le bon rythme et de coordonner les initiatives individuelles et collectives du système hospitalier. Cette bonne organisation lui permet de fournir des prestations de qualité dans un délai raisonnable et à moindre coût.

Les indicateurs mesurés sont :

- Le nombre de sessions du Conseil d'administration connu à partir d'un simple recensement sur deux ans ; selon la norme deux conseils d'administration ordinaires est exigée par an, sans exclure la tenue ou non d'un Conseil extraordinaire ;

- Le nombre de services fonctionnels et dont la fonctionnalité dépend du plein exercice des fonctions qui lui sont dévolues. En général, les services administratifs hospitaliers sont les mêmes sur toute l'étendue du territoire béninois ;

- Le nombre d'organes et commissions prévus par les textes qui sont fonctionnels ou non. Avant la tenue d'un Conseil d'administration, le Directeur de l'hôpital doit demander à chaque responsable d'organe ou commission de l'aider à préparer les grands dossiers à présenter en Conseil Le respect de l'adéquation profil/poste.

Tableau XII : Performances de l'organisation interne de l'hôpital

Indicateurs Variables	Effectif Enquêtés	Total Scores	Score Moyen	Ecart moyen	Indice performance
Nombre de sessions	30	64	2,13	0,21	0,71
Nombre de services Fonctionnels	30	72	2,40	0,13	0,80
Nombre de commissions fonctionnelles	30	60	2,00	0,13	0,66

Adéquation Profil/poste	30	42	1,40	0,11	0,46
INDICE GLOBAL					**0,65**

Source : D'après les résultats de l'enquête, 2012

Ce tableau montre que, malgré le niveau fonctionnalité acceptable des services (**P = 0,80**), le personnel qui doit les animer n'a pas les compétences correspondantes aux postes destinés aux paramédicaux (**P = 0,46**). Il est alors fréquent de voir des aides-soignants jouer des rôles propres aux infirmiers et ce, dans tous les services de soins. Même au niveau administratif, les responsables chargés de la gestion du personnel successivement nommés depuis plus d'une dizaine d'années n'ont pas les compétences requises. Pourrait-on aussi se demander si toutes les compétences sont réunies pour mener à bien les activités ?

A cette question, presque la totalité des interviewés ont soulevé la question de l'inexpérience et de l'incompétence des responsables administratifs chargés de la gestion des ressources humaines. La preuve en est que certains des aides-soignants ont été recrutés sur le tas en 2000. La déclinaison de la responsabilité du personnel infirmier sur ceux-ci pour réaliser des actes spécialisés comme le pansement et les injections diminue la qualité des soins. Cette attitude renforce le statut de l'aide-soignant qui se considère aussi comme un ''Doto'' en langue vernaculaire fongbé, qui signifie ''agent ayant la compétence de dispenser les soins de santé''.

La gestion du personnel : Elle est évaluée par l'existence et la tenue des dossiers du personnel. Ces dossiers existent mais restent souvent incomplets. Ces dossiers ne sont souvent pas actualisés après les mutations. Lors d'un récent audit organisationnel organisé dans le cadre de la certification des processus de la pédiatrie, il a été constaté les dossiers qui existent au bureau du Chef service des ressources humaines ne prennent pas en compte les avancements en grade des Agents Permanents de L'Etat depuis 2005 ; par contre, les agents contractuels payés sur fonds propre de l'hôpital ont leurs dossiers à jour.

La fonctionnalité des services et des commissions : Elle a été évaluée sur la base des critères des réunions qu'ils organisent et les rapports qu'ils produisent. Pour la majorité des interviewés, plus de 80% des services sont fonctionnels. Parmi ceux qui ne le sont pas, nous pouvons citer le service d'orthopédie et le service de psychiatrie qui ne sont pas encore bien connus des populations.

Toutes ces faiblesses ont réduit la performance hospitalière en organisation à 0,65/1 ou 65%.

La gestion administrative et financière **:** Cette évaluation est réalisée par les acteurs eux-mêmes, en l'occurrence tout le personnel administratif participant à la gestion de l'hôpital. L'analyse de l'organisation et des pratiques de gestion des différentes ressources (humaines, financières et matérielles /infrastructures et équipements), permet d'avoir une idée plus claire et nette de

la façon dont les ressources sont planifiées et utilisées.

Elle porte sur cinq (5) indicateurs notamment :

- l'adoption du budget dans les délais ;
- le taux d'exécution du budget d'investissement ;
- le respect des procédures de passation des marchés ;
- la fonctionnalité des systèmes d'archivage ;
- le taux d'exécution des plans de travail annuel.

L'Adoption du budget dans les délais : Le budget de l'hôpital est un instrument ou un document qui prévoit et autorise les recettes et les dépenses pour une année, en ce sens qu'il est .dénommé ''**Budget prévisionnel**'' Il est annuel, couvrant toute l'année civile à partir du 1er janvier au 31 décembre de l'année considérée. Cela suppose que le budget est apprêté (voté et approuvé) avant le début de l'exercice auquel il s'applique. Ici, l'on se limite au vote et à a transmission à l'autorité de tutelle.

Le taux d'exécution du budget d'investissement : Dans tous les cas, il est moins aisé d'exécuter le budget d'investissement suivant les prévisions, alors qu'il est le socle sur lequel repose le développement de la superstructure hospitalière. Une chose est d'inscrire ces investissements dans un budget et autre est de pouvoir les réaliser. Cet indicateur mesure l'effort du pouvoir local à réaliser ses investissements.

Le taux d'exécution du programme annuel d'investissement : Ce taux

permet de vérifier l'effort de réduction de la pauvreté fourni par l'hôpital pour l'année considérée.

Le respect des procédures de passation des marchés : Le respect des procédures est l'un des éléments fondamentaux de la bonne gouvernance. Il traduit la volonté de la Direction de l'hôpital à assurer une gestion financière transparente et conforme à la règlementation en vigueur.

La fonctionnalité du système de classement et d'archivage : Les archives sont indispensables au bon fonctionnement de l'hôpital. Il s'agit ici important d'examiner la situation de la gestion des documents afin de lui accorder sa place dans la gestion hospitalière.

Tableau XIII : Performance de la gestion administrative et financière

Indicateurs Variables	**N**	**Total scores**	**Score moyen**	**Ecart moyen**	**Indice de performance**
Adoption du budget dans les délais	28	44	1, 571	0,172	**0,52**
Taux d'exécution du budget fonctionnement	28	20	0, 714	0, 244	**0,23**
Respect des procédures passation des marchés.	28	72	2, 571	0, 250	**0,85**
Fonctionnalité du système d'archivage	28	40	1, 428	0,172	**0,47**
Plan de travail annuel	28	28	1, 000	0, 181	**0,33**
PERFORMANCE DE LA GESTION					**0, 48**

Source : D'après les résultats d'enquête, 2012

Le tableau ci-dessus montre que le taux d'exécution du Plan de travail annuel (PTA) et le taux d'exécution du budget annuel ont les plus faibles performances. Aussi, le fait d'adopter le budget dans les délais requis ne permet pas d'obtenir un taux acceptable d'exécution du budget d'investissement. Cette tendance peut s'expliquer par la satisfaction courante des besoins liés au fonctionnement des services en une période donnée. Elle n'est pas étalée sur toute l'année car il existe des périodes où l'achat des équipements lourds qui constituent un investissement prenne le dessus sur l'exécution du budget de fonctionnement.

Le faible taux de réalisation du PTA relève de l'inexistence d'une Cellule de suivi et de contrôle de gestion, dispositif organique prévu dans les statuts des Centres hospitaliers. Aussi, les dépenses exécutées ne tiennent pas compte d'un chronogramme faisant penser à une gestion quotidienne à vue des imprévus. Le manque de planification des dépenses par rapport au PTA. Pour améliorer la situation, il convient de nommer des responsables à la tête de chaque programme pour en assurer le suivi et l'évaluation.

Dans son ensemble, la performance de la gestion administrative et financière est faible : **48% ou 0,48 / 1.**

L'information- Participation – Genre : L'information est un moyen efficace pour la Direction d'atteindre ses objectifs. Aussi, prend-elle en compte :

- les décisions du Conseil d'Administration qui passent par les affiches, audiences, et autres canaux ;
- l'implication du personnel de santé dans la gestion des affaires qui passe par les négociations des syndicats et des délégués du personnel ;
- le contre-pouvoir de la presse et des syndicats à travers les dénonciations et les revendications.

L'information du personnel hospitalier : la présence du grand nombre d'agents les lundis matins à la cérémonie de couleurs nationales (au drapeau) est l'occasion propice pour permettre au Directeur et à ses collaborateurs de passer les communiqués de la semaine entamée. Très souvent les informations sur les problèmes de gestion et de comportements des agents de santé passent par le biais des réunions de Comité de Direction ou des Assemblées générales. Au moins douze (12) réunions de Comités de Direction élargies aux responsables de divisions administratives sont tenues chaque année.

Par le biais des rapports écrits, certaines informations sont transmises des chefs de services à l'Administration : les statistiques sanitaires envoyées mensuellement à la Division de la gestion des malades et Statistiques (DGMS), les rapports sur les comportements des agents sont directement envoyés au Directeur de la structure hospitalière.

L'information des usagers : Elle se réalise au bureau des entrées et dans les services. Elle porte en général sur les heures de services, de pause et de visites ; ainsi que certains tarifs particuliers. *Le patient devrait avoir un livret de soins gardé comme preuve de son traitement à l'hôpital, ce qui n'est pas. De même, il ne voit nulle part dans la cour l'information générale affichée sur les tarifs de médicaments vendus à l'hôpital.*

Les difficultés d'informer existent peu ; pourtant la non-participation des médecins-chefs aux réunions de CODIR 'élargi' est un constat permanent (Sur une quinzaine de médecins-chef, à peine nous comptons au maximum cinq en moyenne sur une quinzaine).

La communication interne entre services administratifs : Elle est possible grâce à l'informatisation des divisions administratives. La mise en place Nouvelles Techniques d'Information et de Communication (NTIC) avec la mise en réseau des unités chargées de la gestion financière et des stocks est un indicateur de progrès. Cela a permis une bonne gestion des intrants (in put) et des sortants exprimés en résultats (out put). Aujourd'hui, l'hôpital tend vers l'informatisation des certains services médicaux et techniques et leur mise en réseau avec l'Administration. L'installation d'interphones et le développement du réseau internet renforcent la communication interpersonnelle au sein de l'hôpital. Grâce à l'utilisation du réseau électronique, les distances entre les personnes en interaction sont minimisées et ce, créant une synergie entre les

acteurs.

La communication dans les services médicaux et techniques : L'une des dimensions de la gouvernance de la qualité au sein des services est la communication interne. Pour l'évaluer, nous avons retenu de mesurer par service des indicateurs appropriés notamment le nombre de rencontres organisées dans le service, l'information sur l'activité, l'implication du personnel dans la prise des décisions, l'information à la bibliothèque, l'existence d'un tableau de bord.

Tableau XIV : Évaluation de la communication interne aux services

Indicateurs	Moyennes
Nombre de rencontres par service par an	32 rencontres par an
Existence de tableau de bord	Tous les services disposent d'un tableau de bord concernant les permanences et les gardes
L'information des usagers sur les tarifs et et produits de soins	Quelques les services en disposent.
L'information sur les procédures et protocoles	Quelques services diagnostics et de soins des procédures et protocoles ont affiché des protocoles et procédures, d'autres les ont reliés dans un document
Implication du personnel dans les décisions	Les médecins chefs associent leurs surveillants aux décisions qu'ils prennent sur l'ensemble du personnel de leurs services
L'information à la bibliothèque	Inexistence d'une salle de documentation. A défaut , il existe un cyber qui sert aux recherches

Les services ayant réalisé un grand nombre de réunions en 2011 furent la chirurgie (44), la pédiatrie (48), la médecine (40) ;

Non existence d'un tableau de synthèse des activités réalisées (tracabilité), visible pour les usagers ;

Au plan financier, l'idéal serait de faire par semaine le point des recettes comme celui des besoins. Ce point est adressé à l'administration pour lui favoriser une réponse adéquate ;

Les rapports écrits ne sont pas lus aux agents avant de les transmettre à l'administration ; En général, les séances hebdomadaires organisées dans certains services fait participer le personnel de ces services ;

L'idée d'avoir une bibliothèque a germé mais n'a pas poussé.

La participation genre : La volonté de faire participer des femmes se lit à travers leurs présences aux réunions de prises de décisions concernant le fonctionnement global de l'hôpital.

Au niveau des Assemblées générales, elles sont représentées à plus de 60% de leur effectif.

Au niveau des Comités de Direction, nous comptons au moins trois (03) surveillantes sur cinq (05). Cette participation est souvent active car faites de nombreuses propositions d'amélioration. Les négociations entre les femmes responsables et l'Administration sont souvent fructueuses (cas des services de gynécologie et obstétrique, du laboratoire d'analyses et du laboratoire de radiologie,

dont les surveillantes, associées à leurs collègues, rencontrent souvent le Directeur ou le C/SAAE, pour négocier la satisfaction rapide de leurs besoins.

L'épanouissement des travailleurs et des usagers à l'hôpital nécessite que tous les acteurs, hommes et femmes, syndicats délégués de personnels, organes et diverses commissions techniques et même les usagers soient informés et participent activement au développement de l'hôpital.

Une bonne information des clients, travailleurs et usagers garantit également leur participation à la dynamique structurelle. Elle leur permet d'échanger leurs points de vue sur les problèmes afin de proposer des approches de solution aux dirigeants.

L'information et la participation sont alors des garants d'une gestion transparente.

Tableau XV : Scores de performance de l'information, l'implication et de la femme

Score	Effectif personnes enquêtées	Total scores	Score moyen	Indice de performance
Information des acteurs sur les décisions du C.A.	14	20	1, 429	0, 47
Degré d'implication des acteurs	14	36	2,571	0,85
Implication des femmes dans les activités	14	26	1,857	0,62
Actions spécifiques en faveur des femmes	14	18	1,286	0,42
Mécanisme d'information du public / prestations	14	14	1,00	0,33
INDICE DE PERFORMANCE				**0,53**

Source : D'après les résultats d'enquête, mars 2012

Commentaire :

L'examen du tableau présente :

- un faible niveau d'information des acteurs sur les décisions prise en Conseil d'administration ;
- un faible niveau d'actions spécifiques envers les femmes ;
- un faible mécanisme d'information du public sur les prestations hospitalières ;
- un degré élevé d'implication des acteurs ;
- un niveau acceptable d'implication des femmes dans les activités organisées à l'hôpital.

Les mécanismes d'information cités sont : l'affichage des décisions dans les locaux de l'administration, l'information de masse après la cérémonie des couleurs tous les lundis, les réunions de Comité de direction Elargi aux responsables de divisions administratives, chefs services et surveillants de pavillons, les notes d'information.

Le facteur limitant l'information des travailleurs est l'absence de cadre approprié et de techniques adéquates. L'absence totale de formation du personnel en techniques de communication est un facteur limitant la qualité des informations données.

5-2-7 Synthèse des forces et faiblesses de l'organisation hospitalière

Les forces

- L'existence d'un organigramme fonctionnel, de divisions administratives y

compris la cellule ou le point focal du management de la qualité et du développement hospitalier, ainsi que de l'essentiel de services médicaux et paramédicaux.

- La majorité des organes de gestion et de prise de décision, ainsi que des organes consultatifs et spécialisés existent et sont fonctionnels.
- L'Existence pour chaque année d'un Plan de travail annuel existe et est élaboré avant le début de chaque année, en conformité avec le Plan National du Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) ;
- Un dispositif de prise en charge gratuite par l'Etat des frais relatifs aux soins des enfants atteints du paludisme et aux actes de césarienne pour améliorer l'accessibilité financière en vue de réduire la mortalité maternelle et infantile ;
- Des protocoles et standards de prise en charge des soins cliniques de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique existent et disponibles et ce grâce à la démarche qualité mise en œuvre au sein de l'établissement ;
- L'Existence d'un Comité d'Hygiène et de Sécurité fonctionnelle et d'une Commission Médicale Consultative active ;
- L'organisation tous les mois du Comité de Direction élargi aux responsables de divisions administrative, aux chefs services médicaux et techniques, aux délégués du personnel et aux syndicats (initiative particulière du nouveau Directeur pour susciter participation du plus grand nombre de responsables à

- l’évaluation des activités et aux prises de décisions) ;
- Un bon niveau de communication et d’information entre le personnel

Les faiblesses

- non fonctionnalité de tous les organes prescrits par les textes, par exemple la Cellule de Contrôle de gestion qui n’existe pas avant que l’on ne parle de son fonctionnement. Il semblerait que les directeurs d’hôpitaux sont souvent gênés de mettre en place cette institution pour des raisons stratégiques ;
- absence de nomination d’un Chef des services médicotechniques ou d’un Directeur des soins par le Ministère de la Santé pour assumer les missions prévues dans les statuts des hôpitaux ;
- le Conseil d’Administration qui devrait siéger deux fois par an ; ne se réunit qu’une seule fois pour évaluer la réalisation du Plan de Travail Annuel, apprécier les réalisations du budget prévisionnel ;
- non création du Service d’Hygiène Hospitalière par l’absence d’un décret d’application de la Politique Nationale d’hygiène hospitalière ;
- inexistence d’une Cellule de Contrôle de gestion ;
- Faible intégration des services médicotechniques non impliqués dans la certification ISO 9001v.2008 ;
- faibles taux d’exécution du Plan de travail annuel (PTA) et du

budget annuel ;

- non-paiement des fournisseurs à temps ;
- Faible prévision des ruptures de stock ;
- L'absence totale de formation du personnel en techniques de communication ;
- Faible niveau d'information des acteurs sur les décisions prises en Conseil d'Administration ;
- Faible niveau d'actions spécifiques envers les femmes ;
- Faible mécanisme d'information du public sur les prestations hospitalières.

Les opportunités

- Aides fournies par les organisations de la société civile ;
- Actions de partenaires techniques et financiers locaux et étrangers.

CHAPITRE 6

OFFRE DE SOINS

L'offre de soins s'insère profondément dans la dimension clinique de la gouvernance. Par elle, l'hôpital est tenu pour responsable de l'amélioration continue de la qualité des prestations et services de santé et il doit garantir de hauts standards de soins en créant un environnement dans lequel l'excellence peut prospérer.

L'analyse de la gouvernance se limite souvent à l'étude des rapports entre les acteurs clés de l'organisation que sont les dirigeants (Conseil d'administration et Direction). Toutefois, au-delà de la sphère des dirigeants, il convient de cerner les autres catégories d'acteurs internes à l'institution et jouant des rôles spécifiques dans l'offre de soins. Il est possible de dresser une liste des différents acteurs intervenant dans la vie de l'institution en distinguant les acteurs internes, externes et de montrer leur niveau d'influence.

La réalisation des missions de l'hôpital est fonction des besoins de santé exprimés par les populations et des potentialités matérielles et humaines existantes. Elle aboutit soit à la satisfaction ou l'insatisfaction des populations, au succès ou à l'échec thérapeutique.

C'est aux surveillants des pavillons du rang des infirmiers diplômés d'Etat devenus cadres de santé et aux chefs de services médicotechniques

qu'incombent cette réalisation. Ils sont dans une dynamique permanente de la coopération avec l'administration hospitalière en ce qui concerne la fourniture d'intrants nécessaires à la réalisation des processus sanitaires et avec leur personnel technique en ce qui concerne l'offre de soins :

- La première étape du processus est l'accueil, la détermination des besoins et l'évaluation des coûts des actes (consultation, hospitalisation, examens de laboratoire et de radiologie, accouchements, interventions chirurgicales).
- La deuxième étape est la réalisation des actes demandés par le personnel médical. Cette étape comporte un ensemble de système d'interactions entre les soignants et les patients. La durée du séjour des patients est fonction de la gravité de la maladie et de son impact sur l'organisme des patients.
- La troisième et la dernière étape est l'organisation de la sortie des patients après les soins ou après qu'ils se sentent mieux ou guéris.

Il est convenable de comprendre que le caractère public de l'hôpital ne lui permet pas d'augmenter les tarifs auxquels les actes sont soumis depuis des années. Malgré cela, les usagers, en majorité des zones rurales, continuent de se plaindre des conditions de l'offre de soins (inaccessibilité financière des actes et soins de santé, mauvaise qualité des relations entre eux et les agents de santé, mauvaises conditions d'hygiène des services, etc.). Inversement les agents de santé se plaignent souvent du manque de matériels, de

l'insuffisance de personnel compétent et du manque de motivation. L'offre de soins est un processus d'abord conçu et planifié. E lle est en interface avec d'une part les processus de management et les processus supports et, d'autre part avec les processus en amont et en aval (commercial, traitement des commandes, achats, production, etc.). Comme les autres processus, le processus de conception s'inscrit dans le principe d'amélioration continue, ce qui implique la mise en place de moyens de pilotage du processus (missions, autorités, objectifs, …), de surveillance de son fonctionnement, de la mesure de ses performances intrinsèques et externes (interfaces avec les autres processus).

6-1 ACTEURS EN PRESENCE, ROLES ET RESPONSABILITES

Les prestataires de soins de toutes les corporations de la santé valorisent leurs logiques professionnelles. Au-delà des rémunérations, explicites ou implicites et les conditions de travail, ils centrent leurs préoccupations sur la préservation et l'accroissement des compétences et du capital humain. A ce niveau, la logique professionnelle est dominante, et c'est elle qui permet d'accueillir les personnes souffrantes et inquiètes, de diagnostiquer, de prévenir, de traiter, de pallier, d'observer leurs problèmes de santé et de les orienter dans le système de soins. Le but de la clinique consiste à offrir à chaque personne souffrante les services les mieux adaptés à ses besoins

spécifiques en termes de qualité grâce aux connaissances existantes et aux compétences des différents professionnels. Les exigences de la clinique placent les professionnels dans une situation paradoxale : ils doivent, en toute liberté, exercer au mieux leur jugement pour adapter leurs connaissances au cas particulier de chaque patient ; mais, en même temps, ils doivent s'assurer que leurs décisions sont fondées sur des connaissances scientifiques reconnues. C'est à cette condition qu'ils sont à même de pouvoir rendre des comptes des décisions prises en fonction de normes et de critères généraux. La logique professionnelle permet de concilier la double exigence de la clinique : faire du « sur mesure » et rendre des comptes en fonction de normes et de connaissances générales. Les professionnels de santé travaillent dans des équipes de soignants où chaque membre exerce sa partition.

6-1-1 Rôle des acteurs

6-1-1-1 Rôle du personnel médical, paramédical et de soutien

- *Le personnel médical :* Les médecins représentent la hiérarchie supérieure du système de soins. Ils interviennent dans les consultations, les prescriptions de soins et de médicaments. Selon le Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à la Déontologie médicale, la prescription médicale est un acte médical majeur qui consiste à prescrire un traitement sur un document « l'ordonnance ». Cet acte qui ne peut être délégué, n'engage que la

responsabilité du médecin. Un médecin peut prescrire en plus des médicaments, des examens radiologiques, biologiques, des traitements physiques et des actes de kinésithérapie, ainsi que des cures thermales ou des règles d'hygiène et de diététique.

« Dans un premier temps, le rôle du médecin généraliste est tout d'abord de contrôler l'état de santé de ses patients ; il mesure les constantes biométriques (le pouls, la tension, le rythme de respiration, etc..) en vue d'établir un diagnostic de base.

***Encadré 8** : Note historique sur les obligations du corps médical.*

*L**es** obligations du corps médical hospitalier, ont été précisées au milieu du 19ème siècle : les médecins doivent faire leur visite quotidienne aux heures fixées par le règlement, généralement chaque matin. Pour les cas graves, une seconde visite est prévue dans l'après-midi. Au cours de cet examen journalier, le praticien fait transcrire, dans un cahier ses prescriptions et le régime alimentaire de chaque malade. Ensuite un très net progrès est noté dans l'accomplissement exact des fonctions médicales hospitalières pendant la moitié du 20ème siècle. Certains praticiens, dans quelques hôpitaux importants, vont au-delà des obligations réglementaires : ils dressent des rapports sur les résultats des traitements, présentent des observations intéressantes sur des cas particuliers et rédigent leurs réflexions sur l'état sanitaire. Par les soins donnés aux hospitalisés, par les prescriptions qu'ils imposent dans leurs « consultations externes », les membres du corps médical donnent à l'hôpital un rôle primordial au regard tant de l'état sanitaire du pays que de l'avancement de la science.*

Extrait de ''Histoire des Hôpitaux en France'' (*IMBERT J. et RENAUD P. 1982)*

- *Le personnel paramédical* **:** Ce sont les infirmiers et leurs spécialités, les sages-femmes, les techniciens de laboratoires et de radiologie, les aides-soignants ; etc.

Les infirmiers : Ils ont une profession réglementée et qu'ils doivent s'y

soumettre sous peine de commettre une faute. Ainsi l'article R.4311-7 du CSP issu de la codification du Décret dit de «compétence infirmière» n°2002-194 du 11 février 2002 précise : «L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer des actes en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin». En somme le rôle de l'infirmier consiste à :

+*)* Protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physique et psychiques, en tenant compte de la personnalité de chacune d'elles, dans ses composantes psychologique, sociale, économique, et culturelle ;

++) Prévenir et évaluer la souffrance et la détresse des personnes et de participer à leur soulagement ;

+++) Concourir au recueil des informations et aux méthodes qui seront utilisées par le médecin pour établir son diagnostic ;

++++) Participer à la surveillance clinique des patients et à la mise en œuvre des thérapies.

En République du Bénin, la réglementation des professions d'infirmière et de sage-femme a suivi intimement la pénétration coloniale. Ainsi, à ces deux professions auxquelles sont ajoutées celles de médecins, de chirurgiens-dentistes sont réglementées par l'Ordonnance française n°45-

2184 du 24 septembre 1945 (Ordonnance complétée par les Lois n°49-757 du 19 juin 1949, n°50-920 du 09 Août 1950, n°51-443 du 19 avril 1951), et rendu applicable en AOF dont le Bénin par le Décret français n°52-964 du 9 août 1952. Si la pénétration coloniale a permis le développement des professions médicales et infirmières, le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau en était la première cible. Les fils d'Afrique employés comme porteurs de hamacs et de caisses de médicaments des soignants blancs, apprirent par la suite, progressivement à reconnaître les comprimés, à les distribuer à leurs frères, à panser les plaies, à stériliser le matériel et, plus tard, à faire des injections.

La formation du personnel infirmier connaîtra un essor à partir de la création en Afrique noire du service d'hygiène générale et de prophylaxie, ainsi que du service des grandes endémies (Ecole Jamot à Bamako, Centre Muraz à Bobo-Dioulasso).

Au Bénin, plusieurs étapes ont abouti à la création en 1955 d'une première école des infirmiers et infirmières à Porto-Novo.

Eu égard à ce contexte qui présente des professions médicales et para médicales réglementées, nous sommes surpris de constater que les comportements des professionnels de santé ne s'accrochent pas à un cadre d'éthique ou de déontologie. A tort ou à raison, certaines personnes disent que la réglementation des professions concernées s'est émoussée à travers les

âges. Il convient de dire qu'elle a subit l'épreuve du temps et qu'elle s'adapte lentement aux aspirations des populations desservies, en tenant parfois compte de la pratique ayant cours dans l'ère géographique sous- régionale et régionale. Par rapport aux sages-femmes la réglementation actuelle découle des dispositions de l'ordonnance 73-74 du 08 février 1973, elle-même inspirée du Code international de déontologie des infirmiers.

Si aujourd'hui, les actes posés sur des patients et les manières de les accueillir s'inscrivent très peu dans une réglementation bien codifiée ou dans un cadre normatif, ne risquons-nous pas de voir comparaître un jour les professionnels de santé devant les juges dans les tribunaux !

Les sages-femmes : Elles sont habituellement classées dans la catégorie des paramédicaux bien qu'appartenant en fait à la corporation médicale. Leur rôle est de suivre les grossesses, réaliser les accouchements normaux et de suivre l'état de santé des mères et des enfants. Elles travaillent en collaboration avec les médecins gynécologues obstétriciens, les anesthésistes et les pédiatres.

Les techniciens des laboratoires d'analyses biomédicales de deux catégories : ceux de la catégorie A formés à l'Université d'Abomey-Calavi du niveau de licence professionnelle ou de celui d'un master (grade correspondant à celui d'un ingénieur des travaux ; et ceux du niveau C ou B formés respectivement en 01 et 03 ans, auparavant à l'Ecole des Techniciens

de Laboratoire d'Analyses médicales (ETLAM) sise à l'Institut National Médico-Social (INMES). Actuellement des écoles de formation existent Dassa-Zoumè et à Parakou pour leur formation. En général, les techniciens de laboratoire réalisent les examens complémentaires demandés par les médecins pour confirmer ou infirmer leurs diagnostics.

*Les aides-soignants : C*e personnel a été pendant longtemps recruté sur le tas, c'est-à-dire sans formation diplômante. C'est après qu'ils ont été formés dans les salles de soins par le personnel de santé qui, leur apprenait les gestes élémentaires relatifs à l'hygiène des services, le service des repas, le remplissage des factures ou valeurs actes, les enregistrements et autres activités de bureau. Ils sont sous la responsabilité de l'infirmier (ère) ou de la sage-femme en ce qui concerne la désinfection et stérilisation des équipements souillés et quelques soins élémentaires. Cette profession a été introduite dans la hiérarchie du personnel de santé vers les années 1950 (Revue Sciences sociales et santé, 1995). Aujourd'hui, le Bénin dispose d'une école de formation des aides-soignants depuis les cinq dernières années et d'une école pour assurer leur passage au grade d'infirmier de santé et il faudrait avoir le BAC pour être formé infirmier diplômé d'Etat.

Le personnel de soutien intervenant dans les services de soins

- *Secrétaire médical :* La secrétaire médicale est utilisée dans les services médicaux pour assurer le suivi administratif des dossiers des patients

et leur donner l'information dans leurs démarches. Elle assume aussi les tâches courantes d'une secrétaire de service administratif.

- *Les agents d'entretien et de service :* personnel non formé, recruté et formé sur le tas pour l'entretien des locaux et la réalisation des courses.

- *Les agents de recouvrement :* mis en place pour régler les problèmes financiers aves les patients et rendre compte à l'administration des entrées et sorties de patients.

6-1-1-2 Responsabilités

Elles sont définies dans la réglementation des professions médicales et paramédicales

Le Médecin chef :

- coordonne toutes les activités de diagnostic et de soins.
- contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'action de l'hôpital ;
- résout les problèmes d'éthique relatifs au personnel soignant ; identifie les besoins de son service ;
- suscite le travail en équipe et les staffs cliniques ;
- institue un système de communication, de documentation pour la formation continue au profit du personnel soignant ;
- participe pleinement aux réunions de prises de décisions au sein de la

structure sanitaire ;

- contribue à l'élaboration des plans d'action de la structure ;
- cerne les différents problèmes qui se posent à l'ensemble du personnel soignant dans leurs activités et résout les problèmes d'éthique relatifs au personnel soignant ;
- met au point en liaison avec les responsables des pavillons des méthodes de planification et d'évaluation des soins et de l'entretien des services ;
- identifie les besoins de formation et en proposer à l'administration hospitalière ;
- élabore et mettre en œuvre les plans de soins.

Le Surveillant de pavillon : Le Décret n°2000-164 du 29 mars 2000 qui crée la Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux a prévu les postes de responsabilités aux infirmiers et aux sages-femmes. Il :

- assure des soins de qualité aux patients et veiller à ce que le personnel soignant fournisse des services et des soins de qualité ; suscite chez le personnel soignant exerçant dans le pavillon, l'esprit du travail en équipe ;
- surveille l'état des bâtiments et équipements médicaux et techniques ;
- veille à la collecte correcte et diligente des données statistiques ; assure la

bonne gestion du matériel médical et technique, des consommables, des médicaments et produits d'entretien ; etc.

Tableau XVI : Postes de responsabilités attribuables aux infirmiers et sages-femmes

STRUCTURES	POSTES	PROFIL
CHD-Hôpitaux-Maternité et centres de santé assimilés	Surveillant Général	IDE/SFE cadre ou ayant reçu une formation spécialisée Haute conscience professionnelle Amour du prochain Capacité d'écoute et de discernement, franchise, dynamique, courtoisie
Pavillon ou unité de soins d'un CHD, d'une maternité ou d'un centre de santé assimilé	Surveillant de pavillon ou d'unité de soins	IDE/SFE cadre ou ayant de l'expérience ou ayant fait une spécialité, qui manifeste une bonne conscience professionnelle, de l'amour pour son prochain, ayant une grande capacité d'écoute et de discernement, franchise, dynamique, courtoisie.

Source : *Ministère de la Santé (2001)*

6-2 LES FONCTIONS D'APPUI A L'OFFRE DE SOINS

Ces fonctions sont déclinées comme suit :

La prévision qui comporte la planification des activités, l'élaboration et le vote du budget. Elle est déjà développée dans l'organisation des prestations administratives ; la réalisation qui comporte plusieurs activités parmi lesquelles le renforcement de l'infrastructure hospitalière, la formation du personnel, la dotation ou la fourniture d'intrants, le suivi et l'évaluation des

activités médicale et paramédicale, la maintenance des équipements, la prévention des infections hospitalières, l'assistance sociale, et l'alimentation ou la restauration des malades hospitalisés.

6-2-1 Le renforcement des infrastructures hospitalières

Ce renforcement passe par la :

- *construction de services de spécialités* pour accroître la satisfaction des besoins en santé des populations Il s'agit des services d'oto-rhino-laryngologie, de rééducation fonctionnelle, de cardiologie, du laboratoire, de la radiologie et des blocs opératoires, etc.. Ces services qui ont été construits grâce à la coopération décentralisée confèrent au CHD-OP le statut d'un hôpital de référence.

- *réhabilitation d'anciens bâtiments* par des opérateurs économiques de la ville de Porto-Novo. Il s'agit de la Pédiatrie et de la Médecine. Cette participation au niveau local a été le motif de l'engagement de l'ex Fonds Européen de Développement actuellement devenu l'UNION EUROPEENNE dans la réhabilitation complète de l'hôpital, lequel est réceptionné en 2000 avec un plateau technique renforcé.

	
Photo 7 : Nouveau bâtiment de la médecine, construit par El Hadj WAIDI dirou. Source : Cliché de DEGUENON, mars 2012	**Photo 8** : Nouveau bâtiment de la pédiatrie, construit par El Hadj Ibatou Glèlè. Source : Cliché de DEGUENON, mars 12

	
Photo 9 : Le portail de l'hôpital réhabilité vu de l'extérieur. Source : Cliché de DEGUENON, mars 2012	**Photo 10** : Le portail de l'hôpital réhabilité vu de l'intérieur. Source : Cliché de DEGUENON, mars 2012

Cabines de consultation en médecine sous la pression du personnel médical a permis d'améliorer l'accueil par la réduction du temps d'attente des patients. Aujourd'hui, des cabines de consultation existent pour les spécialités médicales (cardiologie, vénérologie, diabétologie, etc.). Les patients qui souffraient de ces pathologies s'ajoutaient à ceux qui devraient être pris en charge par des généralistes.

A cela, il faudrait ajouter :

- le démarrage de la construction d'un second bloc obstétrical à la maternité ; ce projet financé par le Budget national n'est pas depuis lors achevé ;
- la construction d'un service spécial de prise en charge des brûlés est entièrement achevée grâce à l'appui du LION'S CLUB. Ce projet est accouché pour renforcer la capacité de l'hôpital à la prise en charge de ces cas.



Photo 11 : Unité de prise en charge de grands brûlés.
Source : Photo CHD-OP, Août 2014

6-2-2 La formation du personnel

Cette activité est assez insuffisante pour atteindre des résultats satisfaisants en matière de l'offre de soins. C'est une seule fois que la Direction

hospitalière a suscité auprès de son personnel la formulation des besoins en formation des services. Ces besoins ont été collectés, étudiés et synthétisés dans un document intitulé Plan de formation et recyclage du Personnel et qui date de août 2003. Ce Plan qui a été validé, bien que prenant compte des dysfonctionnements courants (accueil, management des équipes), n'a été exécuté qu'à moins de 25%.

Les formations qui ont été organisées depuis ce temps concernent exclusivement l'assurance qualité, le management des ressources, l'hygiène hospitalière.

Les obstacles à la mise en œuvre du plan de formation sont :

- le déficit de la trésorerie dû au dysfonctionnement des services ;
- le manque de volonté de certains managers qui accordent très peu d'importance à la formation des agents ;
- la crainte de payer des montants élevés de problèmes urgents à résoudre ;
- l'émergence des urgences qui priment sur la formation du personnel ;
- l'inexistence de source de financement et la volonté de résoudre tous les problèmes sur fonds propre ;
- l'inexpérience des autorités administratives dans la gestion par

projet.

Certains agents qui ont bénéficié d'une formation ont été financés par les organismes internationaux avec l'appui du Ministère de la Santé. Ces formations relèvent essentiellement du domaine de la santé publique (ophtalmologie, anesthésie-réanimation, otorhinolaryngologie, VIH/SIDA et maladies sexuellement transmissibles, paludisme, etc.)

6-2-3 Supervision des pratiques des professionnels de santé

Celle-ci est rarement effectuée pour mettre en évidence les enjeux des relations entre les soignants et les soignés. Elle est la clé de la bonne gouvernance clinique, celle des soins, en favorisant la création d'un espace de dialogue entre collègues dans un climat de sécurité, l'expression des émotions vécues au travail, la prise de distance pour mieux comprendre des situations vécues et réfléchir sur d'autres fonctionnements possibles dans des situations analogues, l'amélioration de la communication au sein des équipes, avec les patients et leurs familles, la compréhension et la gestion des interférences entre la vie professionnelle et privée, la réflexion sur les enjeux déontologiques et éthiques ; etc.

Ces derniers temps, des supervisions sont organisées et réalisées dans le cadre de la démarche qualité afin d'évaluer la performance des agents de santé.

6-2-4 Fourniture d'intrants

La fourniture d'intrants concerne surtout les produits pharmaceutiques et d'entretien. Elle est réalisée par le biais de la pharmacie de l'hôpital qui fournit les produits pharmaceutiques d'intrants aux divers services. Cette dotation est certes insuffisante quantitativement ou qualitativement comme l'ont reconnu les prestataires au cours des enquêtes. Cela s'explique par la non-disponibilité des intrants sur les marchés nationaux, la lenteur dans la fourniture de matériels demandés par les chefs services, la mauvaise qualité de certains matériels de soins achetés ou servis par les fournisseurs, la contrainte d'usage limité due à la quantité peu suffisante servie dans les différents magasins.

Cas particulier de la gestion des médicaments et produits pharmaceutiques : Aucun système n'est mis en place par l'Administration pour évaluer la consommation des médicaments et produits pharmaceutiques servis aux différents services de soins. Le manque de médicaments et dispositifs médicaux à la pharmacie de l'hôpital s'explique par l'incapacité de la CAME à livrer 100% des commandes passées. Même si la pharmacie dispose d'un bon système d'alerte pour déclencher les commandes de réapprovisionnement. Face à cette situation, l'hôpital est obligé de recourir à des structures commerciales privées de vente de médicaments et dispositifs médicaux.

6-2-5 Management environnemental et hygiène hospitalière

La gouvernance environnementale assure la durabilité de l'hôpital par la prévention des infections nosocomiales et des infections contactées au cours des soins. Les orientations nationales sont définies dans le document de Politique Nationale d'Hygiène Hospitalière qui définit le cadre référentiel, la vision, les objectifs, les principes directeurs et les stratégies. A cet effet, suivant cette Politique, la Direction de l'hôpital par sa Division d'Hygiène Hospitalière met en œuvre des stratégies, c'est-à-dire des mesures techniques essentielles notamment la formation et l'information du personnel et des usagers / patients, la recherche, la supervision, l'approvisionnement en antibactériens et le développement des barrières.

Le balayage quotidien de la cour, le sarclage périodique des mauvaises herbes, le curage mensuel des caniveaux, ces activités se trouvent renforcées avec la mise en place d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, organe chargé de la en œuvre de la Politique Nationale d'Hygiène Hospitalière au sein de l'hôpital (*Décret n°2006-087 du 08 mars 2006 portant approbation du document de politique nationale d'hygiène hospitalière en République du Bénin)*. Ce comité a essentiellement la mission de prévenir les infections contactées au cours des soins par le développement des barrières contre la propagation des microorganismes dans les milieux de soins et contre les contaminations directes

ou indirectes. Parmi ces barrières, nous pouvons citer la gestion rationnelle des déchets biomédicaux (Décret *n°2002-484 du 15 novembre 2002),* la désinfection et la stérilisation des matériels utilisés au cours des soins, le lavage hygiénique des mains, le bio nettoyage des espaces et salles de soins ; etc.

Pour réaliser ces activités, l'administration par le biais du CLIN a formé tout le personnel à divers niveaux du système hospitalier et a renforcé le potentiel matériel spécifique (achat des poubelles et leur distribution dans tous les services).

Les difficultés que connaît le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau en matière de l'environnement résultent d'une part de sa proximité par rapport à la lagune de Porto-Novo et d'autre part du transfert des habitudes domestiques à l'intérieur du milieu hospitalier. Cette proximité favorise une poussée excessive de végétation sauvage et une rétention d'eau de ruissellement dans le sol argilo-sablonneux. Ces eaux que les caniveaux souvent mal curés ne laissent plus évacuer, sont des gîtes de larves d'anophèles qui, devenus grands, deviennent de vrais moustiques offensifs donneurs du paludisme. Les périodes les moins contraignantes pour les gestionnaires de cet hôpital furent les saisons sèches.

Les déchets produits au sein de l'hôpital devraient être gérés de manière à sécuriser l'état de santé des patients et autres usagers. L'hôpital ne dispose pas d'un service d'hygiène hospitalière. Ce service est réduit en une division

administrative rattachée au Service des Affaires administratives et Economiques. La division d'hygiène hospitalière qui comporte un assistant et trois techniciens d'hygiène et assainissement de base, tous ayant le profil de policier sanitaire dont les rôles se résument au suivi et à l'évaluation des applications des textes réglementaires. Ces catégories professionnelles sont beaucoup plus spécialisées dans les activités d'assainissement de base. Ils déploient ainsi leur effort dans le maintien des espaces dans un état de propreté visuelle. Sur des aspects les plus spécialisés relatifs aux soins de santé, ils n'ont que peu de compétence.

Les différents services d'hospitalisation et de consultation s'organisent de façon non coordonnée pour la collecte, le traitement et l'élimination finale. Ces activités utilisent les agents d'entretien et de services sur la cour et les aides-soignants à l'intérieur des services et ce, par respect de la séparation du propre du sale. Les activités menées dans la cour n'exigent pas la désinfection des espaces et caniveaux tandis que celles menées à l'intérieur en exigent pour la sécurité des patients.

Dans les services, les déchets ne sont pas systématiquement triés malgré les séances d'information et de formation organisées pour les aides- soignants et agents d'entretien. Les déchets biomédicaux sont en général mélangés aux déchets ménagers. Un effort de séparation en ce qui concerne les déchets tranchants ou piquants. A la maternité, le seul déchet organique qu'est le

placenta est remis aux parents pour des rituels de protection de la mère et de l'enfant.

Certains services disposent de poubelles de différentes couleurs, mais sans couvercle. Certaines poubelles sont mal entretenues car souvent non lavées et non désinfectées avant leur pose dans les services.



Photo 12 : Poubelle verte ou noire dans la cour pour déchets généraux *Source : Cliché de DEGUENON, 2011*



Photo 13 : Poubelles jaunes collectées dans les services de soins. Pour les déchets à risques d'activités de soins *Source : Cliché de DEGUENON, 2011*



Photo 14 : L'espace de collecte des déchets biomédicaux ;
Source : Cliché de DEGUENON, 2011



Photo 15 : Four de l'incinérateur électrique.
Source : Cliché de DEGUENON, 2011

Pour réaliser une pré-collecte des déchets hospitaliers, des

poubelles en taille moyenne ou petite sont posées à l'intérieur des services de soins. Il y a des poubelles rouges qui reçoivent les déchets organiques ou dangereux, des poubelles jaunes pour les déchets biomédicaux à risques infectieux, les poubelles noires pour les déchets généraux.

Ces activités menées à l'intérieur des services n'ont pas empêché la recrudescence de certains problèmes comme celui que présente la photo ci-dessous.



Photo 16 : Cas d'infection nosocomiale sur un enfant en pédiatrie

Source : Rapport de passage des partenaires du CHG Laval en France au CHD-OP

La photo ci-dessus prise en 2003 par des coopérants français du Centre Hospitalier Général de Laval, traduit les difficultés que rencontrait l'hôpital à assurer l'innocuité des soins. Les matelas usés par une multitude de patients portent des microorganismes dangereux capables d'infecter les pansements. Le bras tendu de cet enfant de 3 ans a été enflammé et amputé par la suite. C'était un cas typique d'infection survenue au cours des soins pédiatriques. Cet évènement a sensibilisé les opinions à la faveur de la prévention des infections nosocomiales ou contactées pendant les soins.

6-2-6 Entretien et maintenance des infrastructures et équipements.

L'activité fondamentale de la Direction est la réalisation en début d'année l'inventaire du patrimoine matériel et équipements. Cette gestion se fait dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique Nationale de maintenance des équipements. Ainsi la Division chargée des infrastructures, des équipements et de la maintenance au Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau s'investit dans la réfection d'anciennes bâtiments et la construction de nouvelles infrastructures. Le paradoxe est l'état de délabrement dans lequel se trouvent les équipements et matériels. Les réfections ne sont pas automatiquement faites, ce qui donne par endroit l'impression d'un hôpital mal entretenu.

Le renouvellement progressif de ces dispositifs à partir de l'an 2000 a permis d'assainir tant soit peu l'intérieur des services. A ce début du troisième millénaire, l'effectif des lits a augmenté dans l'ensemble des services. Ce graphique montre que le service de réanimation et la cellule de réveil n'ont pas existé en tant que structures individualisées ayant leurs propres équipements. Avant la réhabilitation de l'hôpital. La fin de l'année 2010 et le début de 2011 constituent une autre phase de renouvellement complet du mobilier, activité inscrite au programme municipal du cinquantenaire de l'indépendance béninoise. L'état du mobilier est aussi lié à son utilisation par les usagers, malades ou accompagnants, même le personnel de santé.

La période de réhabilitation a été mal gérée du fait de l'imprévision des impacts des travaux sur l'environnement, les usagers et même les soins. Par exemple, s'il était prévu de casser une cellule du service de la réanimation, laquelle est utilisée pour la prise charge des brûlés, les études préalables auraient prévu un autre cadre au sein de l'hôpital pour assurer la continuité des prestations sur ces patients en détresse. Cette insuffisance a créé des difficultés pour cet hôpital qui a connu des désagréments par rapport au recours en urgence d'un brûlé qui n'a pas été pris en charge. C'est l'expression *d'une mauvaise gouvernance même* si ‘*'l'on ne pouvait pas faire de l'omelette sans casser des œufs''*

Encadré 9 : *Point de vue du Ministre de la santé sur la situation des équipements sanitaires*

« Je voudrais dire que tous les ministres qui se sont succédé ont fait ce qu'ils pouvaient ; mais on dit souvent qu'une hirondelle ne fait pas le printemps. Il faut que ce soit toute la corporation qui soit suffisamment motivée pour garantir à la population des soins de qualité dans notre département. Mais, il n'y a pas les acteurs de santé, nous avons parlé des équipements. Qui livre les équipements ? Ce n'est pas le personnel.

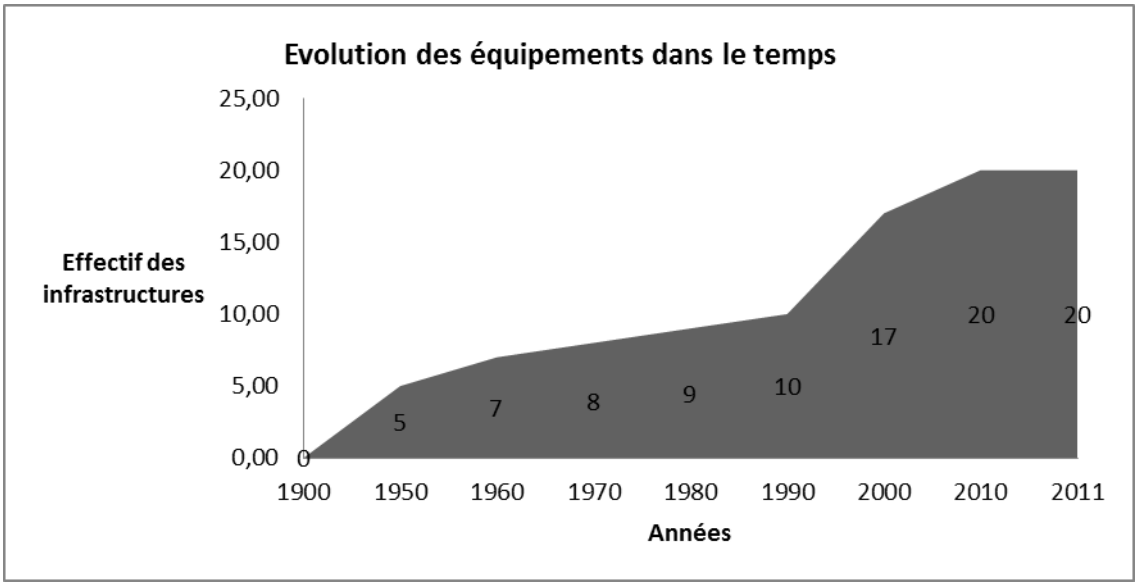
Nous avons des Sociétés qui livrent les équipements. D'abord dans notre code de marché public, nous disons qu'il faut attribuer les marchés à part tous les critères au moins disant. Le moins disant en ce qui concerne les équipements n'est pas forcément celui qui a les équipements de bonne qualité. Nous avons des sociétés qui vont peut-être ramasser des pièces détachées et font l'assemblage pour nous livrer des équipements qui ne sont pas fonctionnels… »

Source : KINDE GAZAR, A. D, 2011 Ministre de la Santé.

Le graphique ci-dessous présente une évolution de la mise en place des infrastructures dans le temps. Il traduit une lenteur du développement des infrastructures dans l'espace hospitalier entre les années 1900 et 1980. Par contre, à partir de 1980, ce développement devient assez rapide avec des aménagements des infrastructures anciennes et la reconstruction de nouvelles infrastructures affectées aux spécialités médicales et à l'administration. Cette croissance physique ne suffit pas pour conférer à l'homme son bien-être ; même si elle permet la prise en charge d'un grand nombre de patients et l'augmentation des recettes ou du capital financier. Comme le capital donne la possibilité de générer du bien-être économique par la création de biens et services, la durabilité faible exige que le stock de capital ne diminue pas dans le temps. Il faudrait alors renforcer la qualité des infrastructures présentes par des activités d'entretien (passage d'une couche de peinture, remplacement des couvertures dégradées par l'érosion du temps, etc) ; c'est ce que la règle d'HARTWICK (1997) ou de SOLOW (1991) préconise c'est-à-dire le maintien du stock de capital physique ou naturel dans le temps. La lecture de ce diagramme rend compte de cet effort pour certains services comme la médecine et la pédiatrie qui ont été réfectionnées plusieurs fois. Les dernières sont assez récentes et s'inscrivent dans le cadre de la réhabilitation de la ville de Porto-Novo pour les festivités du cinquantenaire de l'indépendance du BENIN autrefois appelé DAHOMEY (2010).

La compréhension de ce graphique dépend du descriptif du Programme de Réhabilitation de l'hôpital, inscrit dans la Politique Nationale du Développement du Secteur de la Santé (PNDSS), elle-même dans le contexte d'ajustement structurel du gouvernement béninois. Cette réhabilitation tenait de la nécessité d'accroître la couverture sanitaire des populations sur tout le territoire national. Les raisons qui sous-tendent ce programme relevaient de la vétusté des infrastructures mises en place vers l940 et de leur état de délabrement lié au poids des ans et à l'insuffisance des travaux de réparation, motivant la fermeture de certains souvent envahis par les roussettes.

Quant aux équipements, en particulier les mobiliers (bancs, chaises, tabourets et lits, etc.) installés neufs dans les services, sont soumis à l'usure du temps et leur réfection ou leur remplacement s'impose à l'Administration. Les inventaires effectués chaque année permettent d'identifier les degrés d'usure et d'éliminer ceux hors d'usage. L'hôpital dispose en 2010 de 365 lits, quantité équivalente au nombre de matelas. Ceux-ci sont répartis dans chaque service selon leur capacité. La croissance périodique définie par l'augmentation du nombre de lits est relativement lente du fait de l'usure rapide d'un grand nombre et du remplacement non systématique de la majorité.



Graphique 1 : Evolution des équipements hospitaliers dans le temps
Source : D'après les résultats d'enquêtes

Pour améliorer la situation de la gestion du matériel et des équipements, le Ministère de la santé a mis au point un Document de Politique Nationale de Maintenance des infrastructures, équipements médicotechniques et parc automobile. A la page 7 de ce document il est écrit que « *les infrastructures et les équipements sont mis en place par grâce à l'aide bilatérale et à une assistance technique soutenue* ».

L'ensemble des activités de maintenance et d'entretien est désigné sous le vocable « **matériovigilance ».** Elle consiste à prendre des dispositions prises pour prévenir et minimiser les risques d'incidents liés à l'utilisation des dispositifs médicaux. Un dispositif médical désigne tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement (**Décret n°95-292 du 16 mars**

1995, République Française). Ces dispositifs sont utilisés à des fins de diagnostic, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie.

Elle a pour objet la surveillance des incidents ou des risques d'incidents liés à l'utilisation des dispositifs médicaux. . Elle comporte :

- le signalement des incidents ou des risques d'incidents ; l'enregistrement, l'évaluation et l'exploitation des informations signalées dans un but de prévention ;
- la réalisation de toutes études ou travaux concernant la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux ;
- la réalisation et le suivi d'actions correctrices.

Dans le cas d'espèce, il ne s'agit pas des risques inhérents à la fabrication des dispositifs, mais il s'agit de ceux liés à leur utilisation ou à leur gestion et dont les facteurs sont extrinsèques, non définis par le Décret n° 95 – 292 du 16 mars 1995. Il n'existe pas encore dans notre pays un système de matériovigilance au sein duquel l'utilisation de tel ou autre matériel acheté doit être proscrite selon la Loi.

En effet l'utilisation des dispositifs entraîne leur usure et leur renouvellement dans le temps ; la vigilance s'impose dans ce contexte lorsqu'il faut signaler une panne intervenue sur un dispositif pour la corriger. Ces pannes doivent être enregistrées dans un document et feront l'objet d'une évaluation annuelle. Par exemple un appareil de radiologie est tombé en panne un certain nombre

de fois. Parmi les multiples causes favorisantes, nous avons le vieillissement des dispositifs, les mauvaises manipulations des techniciens, la qualité du matériel acheté. Aujourd'hui, seuls les dispositifs marqués **CE** respectent les exigences de la santé publique et de sécurité (*Ministère français de l'emploi et de la Solidarité – Direction des Hôpitaux : Sécurité des dispositifs médicaux, 1995).*

Plusieurs dispositifs achetés ou reçus sous forme de don, ne garantissent pas la qualité des soins et la sécurité des patients.

L'inexistence d'un Système National de Vigilance Sanitaire explique le faible niveau de prévention des risques liés aux dispositifs et aux pratiques de soins. Le concept de vigilance bien que connue de la plupart des techniciens de maintenance, ne s'opérationnalise que dans un cadre restreint qui ne bénéficie d'aucun appui logistique. Cette faiblesse s'explique par la faible promptitude des techniciens de maintenance lorsqu'ils sont sollicités. Un matériel qui connaît une panne profonde n'est pas souvent immédiatement réparé du fait de l'absence de réserve de pièces de rechange et de l'insuffisance de l'effectif du personnel spécialisé. Aussi la maintenance préventive qui permet d'anticiper sur les éventuelles pannes ne se fait presque pas ; la raison évoquée est le non disponibilité d'un personnel à effectif réduit et sollicité tous les jours pour des interventions curatives sur les mêmes dispositifs parfois. Cette insuffisance n'est pas toujours localisée au niveau de la Division de maintenance, mais

aussi dans d'autres comme la pharmacie en ce qui concerne l'approvisionnement et la gestion des stocks de consommables (réactifs, films, médicaments,) et les services financiers qui se mettent en contact avec leurs fournisseurs pour l'achat des produits. La vigilance devrait se traduire par le respect d'une part du contrat de délai entre la commande et l'acquisition réelle des dispositifs et d'autre part de la qualité exigée par les utilisateurs. Dans certaines circonstances, les commandes sont réalisées quand la rupture est consommée à la pharmacie pendant que les services ont aussi épuisé leur stock. La prévention des ruptures de stock devrait se faire en respectant les limites atteintes dans les sorties et pour lesquelles les commandes doivent être lancées par exemple la rupture totale de film panoramique pour certains examens radiologiques spéciaux oblige les patients à aller jusqu'à Cotonou pour se faire examiner ; le coût du transport d'un patient par l'ambulance s'élevant à vingt mille (20.000) francs CFA. Dans ce processus de vigilance, la première étape qui est celle du signalement est souvent réalisée par les utilisateurs ; mais la suite accuse une lenteur offensive et ce, obligeant les patients à recourir à d'autres structures dans ou en dehors de la ville de Porto-Novo. Tout cela aurait été évité si d'une part, la maintenance préventive était planifiée et réalisée, d'autre part si les prestataires sont associés au processus d'achat des consommables.

Tableau XVII : Évaluation des critères de matériovigilance

Indicateurs	Critères	Degré d'importan
Signalement des pannes de dispositifs ou d'incidents	Visibilité des pannes	**Fort**
	Promptitude / prestataires	**Moyen**
	Émission immédiate d'un bon de réparation	**Moyen**
Enregistrement des demandes d'intervention /Division maintenance	Personnel disponible	**Fort**
	Analyse de l'urgence de l'interventio n	**Moyen**
Réalisation des actions correctives		
	Non disponibilité de pièces et arrêt de travail ; pannes corrigées sans	**Faible**

Source : D'après les Résultats d'enquête, Mai 2012

6-2-7 Suivi – évaluation et motivation du personnel de santé

La gestion des ressources humaine comporte la gestion des dossiers du personnel, l'évaluation des agents en leur attribuant des notes et la motivation de ceux-ci.

Existence du dossier du personnel. Le dossier du personnel existe et souvent incomplet du fait qu'il n'est pas actualisé après les mutations annuelles, nationales ou départementales. Ceux qui existent au bureau du Chef service des ressources humaines ne prennent pas en compte les avancements en grade des

personnels agents permanents de L'Etat depuis 2005, par ceux du contractuel payé sur fonds propre de l'hôpital ont leurs dossiers à jour. Lors d'un récent audit organisationnel organisé dans le cadre de la certification des processus de la pédiatrie,0 ce constat a été fait, obligeant la Direction à mettre à jour les fichiers. Aujourd'hui nous pouvons compter au moins cinq cents fichiers d'agents de toutes catégories professionnelles sanitaires.

Évaluation des agents. Nous en distinguons plusieurs stratégies ou approches, notamment :

- L'évaluation générale par notation systématique des agents

Chaque agent reçoit son bulletin individuel de note sur lequel il écrit les informations qui permettent de l'identifier et le retourne son chef service immédiat.

Au niveau du service, les responsables de division proposent en une séance de travail des notes données à chaque agent. Le chef service se charge de transmettre les bulletins remplis à l'Administration générale.

Au niveau de l'Administration, chaque bulletin est revu et certaines notes sont revues en tenant compte des indicateurs moraux de chaque agent.

Ces bulletins de notes sont ensuite envoyés au Ministère de la Santé où ils sont insérés dans le dossier de chaque agent.

- L'évaluation des pratiques professionnelles par monitoring ou audits de compétences.

Les services les plus ciblés sont ceux spécialisés dans la Santé maternelle et infantile (Gynécologie, obstétrique, pédiatrie, néonatologie) : nous pouvons citer les audits cliniques bases sur des critères (ACBC, projet AUDOBEM de l'Union Européenne Sixième Programme, sept 2008), les audits de la qualité de prise en charge des ''échappées belle'' (Near miss) dans les maternités de référence au sud du Bénin (Cahier santé vol 16, n°1 janvier, février 2006).

- *Motivation financière ou intéressement du personnel :* Quand on parle souvent de la motivation en milieu hospitalier, il s'agit de la motivation financière que le personnel de toutes catégories réclame. Ces primes sont instaurées par l'administration hospitalière sous la pression des corporations et des groupes de représentation notamment les syndicats, les délégués du personnel et les spécialistes de certaines professions médicales et chirurgicales.

Tableau XVIII : Motivation en termes de prime

DESIGNATION	MOTIFS	BENEFICIAIRES
Prime d'incitation	Inciter les acteurs à l'augmentation de la productivité	**Tous les agents**
Prime de bilan	Motiver les responsables à la production des rapports	**Responsables administratifs et chefs services**
Prime de rendement	Encouragement du personnel à améliorer	**Tous les agents**

Prime d'élaboration du budget	Susciter la participation collective à ce travail	**Tous les chefs services administratifs et techniques,**
Prime d'heures Supplémentaires	Inciter les agents qui travaillent hors heures régulières (qui font des surplus d'heures de travail)	**Tous les agents**
Prime de responsabilité	Reconnaissance de la direction pour les sacrifices consentis	**Tous les responsables**
Prime de logement	Liée à la fonction des autorités administratives	**Directeur, Chefs services administratifs**
Prime d'inventaire	Susciter la bonne volonté des membres des équipes	**Membres des commissions d'inventaires**
Prime de couverture médicale	Appui à la prise en charge des agents malades	**Tous les acteurs hospitaliers**
Prime de risque	**Motiver le personnel**	**Tous les acteurs hospitaliers**

Source : Résultats d'enquête, mai 2012

En plus des primes, la Direction ayant compris que le personnel manifeste une faible participation aux réunions d'évaluation et de prise de décisions, a créé un système de rémunération au profit des participants aux réunions au prolatif du nombre de réunions auxquelles il a assisté. Cette forme de motivation permet aux différents organes rattachés à la Direction de mieux fonctionner.

***Encadré 10** : Point de vue du Ministre de la santé sur le paiement des primes*

Je suis foncièrement contre la grève dans le secteur santé et surtout la grève sans service

minimum. Nous devons garantir ce service minimum quels que soient les combats que nous menons. Tout se fait dans le dialogue avec les partenaires sociaux. Nous avons beau mené des reformes. S'il n'y a pas des agents au travail, les réformes ne serviraient à rien dans notre secteur. C'est pour cela que dès notre prise de fonction, nous avons mis en place le cadre de concertation de dialogue et nous venons de tenir la semaine dernière notre deuxième réunion statutaire. En moins de six mois nous avons tenu déjà 2 réunions alors qu'il faut 3 réunions pour l'année. Nous sommes en dialogue permanent avec les partenaires sociaux. Nous avons planifié la libération des primes qui leur sont dues parce que le gouvernement a pris des engagements et nous sommes tenus de payer ces primes au fur et à mesure que nous améliorons les recettes de l'Etat et nous les recevons tout comme pour dire que toutes les guerres finissent autour d'une table. Alors n'allons pas en guerre, négocions au départ, planifions tout ce que nous voulons faire même si nous n'avons pas les ressources. En planifiant, je crois qu'on pourrait venir à bout des différentes revendications. Et la plupart sont des revendications légitimes. Mais nous sommes un secteur de la santé et il faut faire très attention à la santé des populations. Les populations ne devraient pas mourir du fait des agents de santé.

Source: KINDE GAZARD, A.D. (2010)

La motivation psychologique : Dans sa déclaration d'objectifs, un hôpital se fixe pour but de fournir des prestations de qualité pour sauver la vie des personnes malades. A cet effet la Direction de l'hôpital doit créer de bonnes conditions de travail à son personnel. Un principe majeur de la motivation affirme que : la performance est fonction du niveau d'aptitude et de la motivation des acteurs ; elle est souvent exprimée par la formule : Performance = f (aptitudes x motivations).

L'aptitude étant le talent qui permet à un travailleur d'effectuer des tâches en rapport avec un but, tandis que la motivation est la manifestation de la volonté d'un travailleur. Cette motivation est analysée à partir des facteurs qui provoquent le comportement, l'orientation de ce comportement et les stratégies visant à le maintenir. Ainsi la motivation du personnel passe par la satisfaction des besoins humains, tel définis par Maslow (1970), notamment, les

physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime, et de réalisation de soi.

La lettre de félicitation accompagnée ou non de remise de cadeaux en sont des exemples : En décembre 2013, des lettres de félicitation sont adressées à certains agents d'entretien reconnus comme ''**agents modèles''** dans l'assainissement des locaux et au responsable du laboratoire qui a eu le prix du service le plus propre de l'hôpital.

La remise des prix a eu lieu en présence du Ministre de la Santé honoré de sa présence à cette cérémonie.



Photos 17 : Remise de cadeau aux agents d'entretien modèles
Source : Cliché CHD-OP, 2013

Les besoins physiologiques sont ceux qui contribuent au maintien de la vie comme l'eau et l'air, les aliments et les soins de santé. Ces besoins physiologiques sont en général satisfaits

Besoins de sécurité : la sécurité est assurée grâce aux dispositifs mis en place par la Direction pour protéger les personnes et leurs biens. Il existe des dispositifs humains comme les agents d'une société de gardiennage

‘’INTER-CON‘’ mis au portail et en certains endroits stratégiques surveillent les entrées et les sorties de l’hôpital, des dispositifs matériels comme des groupes électrogènes installés pour relayer faire face aux coupures d’électricité afin d’éclairer les services pendant la nuit et assurer le maintien en vie des patients au cours des interventions chirurgicales. L’évacuation des déchets hospitaliers et le traitement de certains permettent de développer la biosécurité des agents de santé et des usagers (prévention des infections nosocomiales contractées par le personnel, les usagers et les patients en particulier). Pendant les périodes où les déchets ne sont pas évacués, l’hôpital est désagréable et difficile à y vivre.

De même, les coupures d’eau de longue durée qui arrivent lorsque le réseau urbain est défaillant mettent l’hôpital dans un état d’insalubrité générale. Quand bien même les déchets sont évacués, cette situation entraîne la pollution des WC et des robinets avec dégagement d’odeurs nauséabondes. Ces pratiques de sécurisation s’inscrivent dans la politique générale de l’hôpital.

Besoins d’appartenance : Le fait de se sentir aimé et appartenir à une corporation est aussi source de motivation : Le fait de se sentir aimé et d’appartenir à un groupe social est source de motivation. Les acteurs voient dans leur travail des possibilités de trouver et d’établir des rapports interpersonnels chaleureux et amicaux. Les syndicats sont les creusets dans lesquels se fondent ces sentiments d’appartenance marqués souvent par des

attitudes et comportements de groupe. L'exemple que nous prenons ici est le Syndicat des Travailleurs Contractuels (SYNTRACO) du CHD-OP où devant le patronat et toutes autres instances administratives, les membres tiennent les mêmes langages face à un problème les concernant. La force de cette solidarité relève du fait que les membres se concertent souvent et prennent ensemble des résolutions favorables pour eux tous à la fois. Les membres des associations corporatives nationales ou régionales développent moins ce sentiment et cette solidarité. D'autres facteurs renforcent la satisfaction des besoins d'appartenance notamment l'organisation de la fête du 1er mai chaque année, la réception d'un agent admis à la retraite, la réjouissance organisée par un service en mémoire d'un évènement pour ne citer que ceux-là.

Les besoins d'accomplissement personnel ou de son auto réalisation permettent aux agents d'évoluer dans leurs corporations en occupant des postes de responsabilité. Dans ce domaine, le rôle de l'Administration est de motiver en faisant passer des agents méritant d'un niveau inférieur à un supérieur quel que soit la catégorie professionnelle, ou bien en leur octroyant des postes de responsabilités. Au CHD/OP, un agent ne peut quitter un statut inférieur pour un autre supérieur sans passer un concours professionnel. Ainsi un infirmier de santé ne peut devenir un infirmier diplômé d'État s'il ne passe un concours professionnel. Il se paie lui-même sa formation dans une école. Si celui-ci arrive à négocier auprès d'un bailleur et obtient une bourse, il pourrait atteindre

le niveau supérieur désiré. L'hôpital ne s'intéresse pas à la promotion verticale de ses agents, par contre il arrive à réaliser la promotion horizontale en faisant passer un infirmier diplômé d'État au rang d'un surveillant de pavillon en tenant compte de sa compétence et de son degré de conscience professionnelle. Le tableau ci- dessous résume les facteurs de motivation et de démotivation du personnel de santé.

Tableau XIX : Facteurs de motivation et de démotivation du personnel

FACTEURS DE MOTIVATION	FACTEURS DE DEMOTIVATION
Les promotions horizontales et les lettres de félicitation	Retard du paiement des salaires et différentes Primes
L'organisation des assemblées générales, des réunions d'évaluation et de prise de décision, des occasions de réjouissance,	La faible implication de la Direction dans la spécialisation de ses agents
Le paiement des diverses primes Financières	La sous-estimation de certains agents par d'autres (les aides-soignants qui sous-estiment
	les agents d'entretien et de services du fait de leurs rôles de soins auprès des soignants).
Organisation des fêtes de fin d'année	Les affectations internes anarchiques ou de complaisance ne permettant pas aux agents de se spécialiser dans des domaines précis
Réalisation des formations dans divers domaines de la santé	Conditions peu satisfaisantes de l'offre de soins : l'hôpital ne fournit pas de blouses aux prestataires

Source : Résultats d'enquêtes

6-2-8 Mobilisation des ressources

L'autonomie financière étant l'un des principes cardinaux de la

décentralisation et du développement durable de l'hôpital public, l'on doit s'assurer que celui-ci mobilise suffisamment de ressources pour faire face à ses charges ; le cas échéant, il devient non viable et précaire. Mais au-delà de sa viabilité, il s'agit de s'interroger sur la disponibilité des ressources permettant d'investir et d'impulser le développement hospitalier. Les critères retenus, nous permettant d'évaluer la mobilisation de ces ressources sont le taux d'accroissement des ressources propres et le taux d'accroissement des ressources externes.

Tableau XX : Scores de mobilisation des ressources

Indicateurs Variables	**Effectif des enquêtées**	**Total Scores**	**Score moyen**	**Indice de Performance**
Accroissement du taux de Recouvrement	24	34	2,4	**0,80**
Accroissement des ressources Extérieures	24	30	2,1	**0,71**
INDICE DE PERFORMANCE GLOBALE				**0,75**

Source : Résultats d'enquête, mai 2012

Dans la dynamique de la mobilisation des ressources, Celles qui sont produits par l'hôpital sur fonds propres croissent plus vite que les ressources extérieures. Les taux d'accroissement des recettes sur les prestations varient de 10% à 20% correspondant à un score de 2 du janvier à décembre de chaque année, ceux des ressources extérieures

varient de 2% à 5% (*Bilan économique et financier du CHD-OP*).

6-2-9 Autoévaluation de l'offre de soins

Le groupe d'acteurs concerné par cette autoévaluation est constitué de l'ensemble des surveillants de pavillons en ce qui concerne la prise en charge des patients et les responsables de divisions administratives chargés de la coordination des activités de soutien à la production des soins de santé. Le tableau ci-dessous présente les résultats de cette évaluation

Tableau XXI: Synthèse des scores de performance attribués aux prestations administratives

Scores/Indicateurs	Effectif personnes enquêtées	Total/Scores	Score moyen	Performance
Hygiène	14	29	1,6	0, 54
Maintenance	14	21	1,5	0, 50
Achats	14	13	0,9	0,30
Assistance sociale	14	23	1,6	0,54
Assurance qualité	14	30	2,1	0,71
Statistiques Sanitaires	14	31	2,2	0,73
PERFORMANCE GLOBALE				0,55

Source : Résultats d'enquête, mai 2012

Commentaire : La lecture du tableau montre que le processus le moins performant est celui des achats tandis que ceux moyennement

performants sont l'hygiène, la maintenance et l'assistance sociale, ceux les plus performants sont l'assurance qualité et la statistique sanitaire.

En effet, la faible performance des achats s'explique par la faible promptitude des réponses administratives devant les besoins sollicités par les responsables des services. Cela s'explique aussi par les difficultés financières que connaît l'hôpital après le paiement des salaires au personnel contractuel et des primes alloués à tout le personnel de santé. D'autres dépenses imprévues qu'occasionnent les pannes répétées enregistrées sur de gros équipements. Plus de 80% des réponses étaient à la faveur des commandes de consommables non faites à temps pendant que les services en ont besoin pour fonctionner.

Les performances moyennes attribuées à l'hygiène des espaces et des personnes, ainsi qu'à la maintenance des équipements s'expliquent par la qualité peu acceptable des interventions faites au niveau des services médicaux et techniques. Le manque de matériel comme les désinfectants, les poubelles, sans oublier la faible motivation de certains face au nettoyage des locaux. De même, la rupture de certaines pièces stockées pour répondre aux urgences n'est souvent pas prévue, ni évitée.

Quant à l'assistance sociale, sa performance est expliquée par l'incapacité de satisfaire tous les besoins exprimés par les indigents. L'effectif des indigents est souvent pléthorique pour une année malgré l'effort soutenu du personnel du

service social dans l'identification par sondage des vrais indigents. Il faudrait aussi signaler que le crédit accordé par le budget national n'arrive pas à couvrir l'ensemble des besoins exprimés.

La performance élevée de l'assurance qualité tient de la volonté manifeste de la Direction de l'hôpital ces cinq dernières années à s'engager dans la démarche du management de la qualité. Même si la qualité des services fournis n'est pas encore acceptable, l'on pourrait espérer une amélioration continue des prestations dans la mise en œuvre des processus. La forte performance attribuée à l'assurance qualité est liée à l'existence d'un point focal chargé de suivre et d'évaluer cette démarche. Quant à la statistique, sa forte performance est liée à l'effort des surveillants à produire les rapports statistiques de leurs services et à les acheminer à temps vers la Division de la Gestion des Malades et Statistiques (DGMS). La promptitude, l'effectif des services qui envoient les rapports avant la date cinq de chaque mois est souvent compris entre 80% et 90%. Quant à la complétude des rapports, elle n'est souvent pas atteinte à la date fixée.

PARTIE 3

ENJEUX ET PROMOTION DE LA BONNE GOUVERNANCE

Cette partie est celle qui traite des enjeux de l'offre de soins et des actions de promotion de la gouvernance. Ces enjeux se rapportent d'une part à la motivation des prestataires, la satisfaction des usagers, la viabilité économique et financière ; d'autre part, ils sont d'ordre socioculturel et éthique. Ces enjeux définissent les conditions de l'offre de soins et sont source d'inspirations en faveur du changement du milieu hospitalier.

Pour les agents de santé, les enjeux sont d'ordre motivationnel comme la sécurité et la santé des prestataires, l'environnement des prestations défini par l'assainissement des locaux et la pratique de l'hygiène des soins, l'appui des autorités administratives aux services et aux personnels, la rémunération du personnel, la satisfaction des besoins physiologiques, la formation continue et la gestion des conflits. Ils sont aussi d'ordre socioculturel en se rapportant aux mentalités, aux croyances et d'ordre éthique en se rapportant aux conduites contraire aux normes professionnelles et aux normes sociales.

Pour les patients les enjeux sont liés à la perception de leur accueil et de l'offre de soins et à leurs cultures domestiques. La prise en compte par les dirigeants de la façon dont ceux-ci pensent et conçoivent les actes de soins est nécessaire, voire indispensable pour évaluer la gouvernance hospitalière et prendre des décisions ultimes pour son amélioration.

CHAPITRE 7

ENJEUX DE LA GOUVERNANCE CLINIQUE

Les conditions de l'offre de soins ne répondent pas souvent aux besoins des prestataires. Plusieurs motifs d'insatisfaction sont exprimés par les prestataires**.** Ceux-ci s'inscrivent dans les cinq catégories de MASLOW et dépendent de facteurs physiologiques, psychologiques, sociaux ou culturels. Par exemple, le besoin de manger est un besoin physiologique, mais l'alimentation dépend aussi de l'état psycho-affectif dont l'anorexie et la boulimie sont les plus connues.

Eu égard à ces besoins intégrés à la santé-maladie, la démarche de soins doit s'adapter à l'état du patient. Lorsque cette démarche est comprise par l'ensemble de l'équipe des soignants, elle induit des soins fondés sur des perceptions et non sur des habitudes de gestes routiniers ou systématiques.

La satisfaction des besoins du personnel répond à la question de la motivation sociale, c'est-à-dire comment la personne humaine développe-t-elle la motivation nécessaire en vue d'une action orientée ? Une telle question posée dans l'ouvrage de ROCHER et PARSONS, 1968, intitulé l'Action sociale, trouve effectivement sa réponse à travers la satisfaction des besoins du personnel de santé. En effet, Guy ROCHER trouve qu' « une personne en agissant en conformité avec les normes et les

valeurs d'une collectivité (sous entendue ici collectivité hospitalière), ou d'une culture, suit en cela sa propre conscience morale et répond à un besoin qu'elle considère « normal ou naturel ». Une telle motivation n'est pas inscrite dans la nature biologique de l'homme et qu'elle ne fait pas non plus partie de l' « essence de la nature humaine » puisque les objets différents, de manière de faire variées peuvent la satisfaire. Si nous considérons la motivation sous cet angle, nous disons que le personnel de santé n'est jamais motivé et attend que cette motivation soit suscitée par de l'argent ou des récompenses pour l'action médicale menée (les primes et les nominations sont autant des moyens pour susciter cette motivation au niveau du personnel de santé.

Pour comprendre l'accès aux soins et le contexte de sa réalisation, nous avons réalisé une enquête transversale auprès des prestataires. A cet effet, neuf indicateurs notamment la sécurité et la santé du personnel, l'hygiène des locaux, l'appui des autorités aux différents services, la disponibilité quantitative et qualitative du matériel, la rémunération du personnel, la satisfaction pour son propre travail, la formation continue et la gestion des conflits. Les résultats suivants sont obtenus.

7-1 LA SATISFACTION DU PERSONNEL

7-1-1 La sécurité et la santé des prestataires

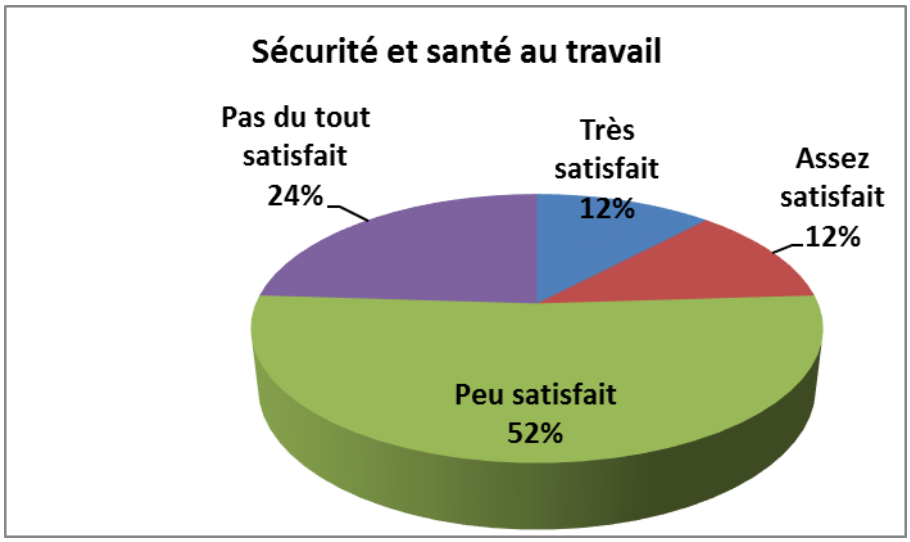
La sécurité et la santé des prestataires sont indispensables pour assurer l'hôpital l'offre de service de soins. Ceux-ci ont déclaré que les conditions de sécurité sont satisfaisantes Par rapport à leur santé, l'inexistence d'un médecin de travail est un vide

à combler pour leur permettre une prise en charge interne et efficace. La prime de médicaments qui leur sont octroyés ne peut pas se substituer à la création d'une unité de prise en charge du personnel. Pour 100 personnes interviewées, 24 ont déclaré qu'ils sont entièrement insatisfaits de l'entretien des infrastructures et espaces hospitaliers, notamment les locaux, les dispositifs médicaux et la cour. Les 76 autres sont réparties en deux groupes, l'un de 52 personnes déclarées peu satisfaites ; l'autre de 24 déclarés soit assez ou soit très satisfaits.

Encadré 11 *: Propos verbatim d'un infirmier sur l'insécurité au service des urgences*

« Nous ne sommes pas en sécurité les nuits au service des urgences et tris. Deux fois déjà, nous avions été agressés par les accompagnants d'un patient victime d'un accident de la voie publique. L'entrée dans ce service se fait directement sans passer par une porte. Il y a souvent de vol d'objets (sacs contenant de biens précieux, portables, etc.) appartenant aux patients et aux agents de santé.» Cette insécurité a été reconnue par la totalité du personnel de ce service.

Infirmier XG , 10 avril 2011



Graphique 2 : Satisfaction du Personnel par rapport à la sécurité et santé
Source : Résultats d'enquête, avril 2012

Plusieurs observations ont motivé l'insatisfaction pour les prestataires :

- l’inexistence d’un médecin spécialiste en médecine du travail ;
- l’inexistence d’une politique de sécurité physique rédigée et mise en œuvre au sein des hôpitaux publics. en terme de sécurité physique, nous entendons la prévention des coups et blessures, incendies, vols,l’inexistence d’une politique de sécurité physique rédigée et mise en œuvre au sein des hôpitaux publics. en terme de sécurité physique, nous entendons la prévention des coups et blessures, incendies, vols, maladies nosocomiales, etc.… ;
- quoique les extincteurs soient fixés en certains endroits stratégiques de certaines salles, aucun agent de santé n’a été formé pour leur manipulation ;
- l’incontinence des robinets d’eau due à l’usure des pièces et matières constitutives augmente les risques d’effusion d’eau dans les salles et quelquefois la perte massive d’eau à l’intérieur de tout l’hôpital ;
- les coupures internes d’électricité dues à au dysfonctionnement des groupes électrogènes en cas des coupures du réseau urbain ; etc..

7-1-2 L’hygiène des locaux

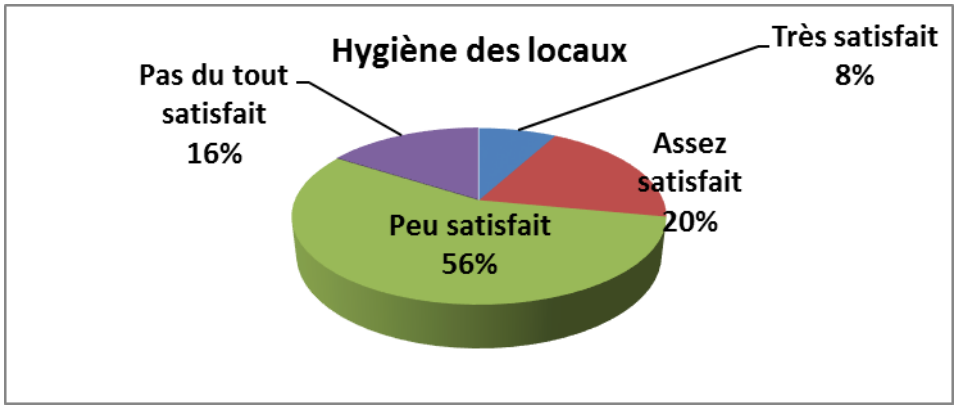
L’environnement du travail ne pourrait favoriser la qualité des soins dans deux services d’hospitalisation malgré les dispositions prises par l’administration. Ce constat se fait en général dans les bâtiments d’hospitalisation de la chirurgie et de la maternité. Le personnel de ces services pense que l’effectif d’agents spécialisés dans l’entretien des locaux est soit en nombre insuffisant (un seul agent pour nettoyer le matin un bâtiment de dix à quinze salles d’hospitalisation). Si le personnel était en

effectif suffisant, le nettoyage devrait se faire le matin et le soir ou deux fois dans la journée. L'autre cause de l'insalubrité est l'inaptitude de certains agents pour des raisons de maladies (souvent les maladies cardiovasculaires).

***Encadré 12** : Point de vue d'une aide-soignante sur le comportement des gardes-malades*

> *« Nous déplorons le comportement des gardes-malades et il nous semble que les agents d'hygiène ne jouent pas leurs rôles de sensibiliser les gardes-malades. Malgré tout ce que nous leur disons, ils continue de salir les surfaces (planchers, dessous de lits pris comme anti-chambres ou magasin où ils doivent tout mettre, même les ustensiles de cuisine. En plus de cela, l'administration ne met pas suffisamment- à notre disposition des ingrédiens pourle faubérage des salles et le nettoyege des douches».*
>
> **Aide-soigant AZ, 10 avril 2011**

Pour 100 personnes interviewées, 16 ont déclaré qu'ils sont entièrement insatisfaits de l'entretien des infrastructures et espaces hospitaliers, notamment les locaux, les dispositifs médicaux et la cour. Parmi les 84 autres, 8 ont déclarés qu'ils sont très satisfaits ; 20 assez satisfaits ; 56 peu satisfaits.



Graphique 3 : Degrés de satisfaction du personnel par rapport à l'hygiène des locaux
***Source** : Résultats d'enquête, avril 2012*

Les motifs d'insatisfaction sont exprimés en ces termes :

- Cumul des déchets ménagers en certains endroits de la cour ;
- Cumul des déchets biomédicaux sur le site de l'incinération par défaillance de l'incinérateur ;
- Manque crucial de poubelles répondant aux normes d'hygiène hospitalière ;
- Effectif insuffisant du personnel d'entretien dans les services ;
- La non participation des usagers et gardes-malades à l'hygiène
- Faible affectation des ressources à ce volet qui représente une assez lourde charge pour l'hôpital.

7-1-3 L'appui des autorités aux services et au personnel de santé

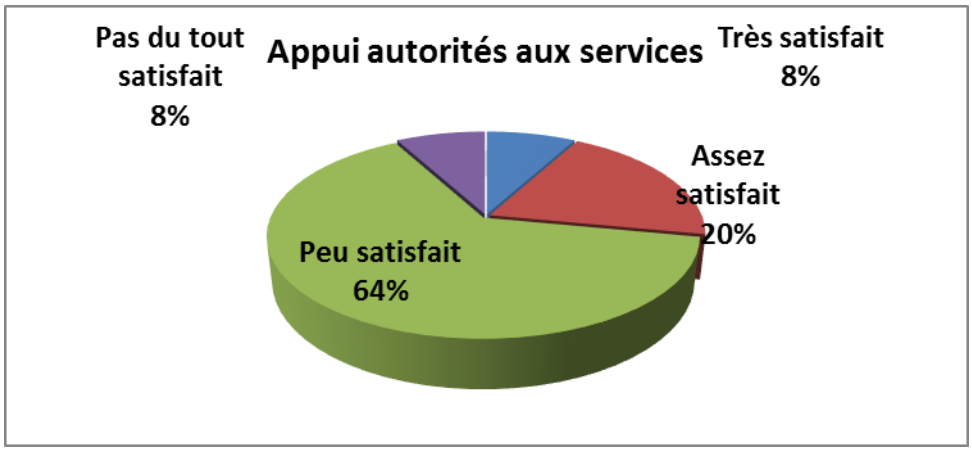
L'appui que les autorités devraient donner aux services consiste à comprendre les chefs de services dans les décisions qu'ils prennent par rapport aux problèmes de la gestion interne de leurs ressources et aux comportements indélicats de leurs personnels.

***Encadré 13** : Plainte d'un chef service sur la situation sanitaire de son aide-soignante*

« Je souffre de l'indisponibilité d'une aide-soignante qui est toujours malade. Elle arrive au service quand elle se sent bien. J'ai demandé aux autorités administratives de l'enlever pour qu'elle aille faire quelque chose à l'administration et de le remplacer par un agent beaucoup plus valide. Cette situation fait que les gardes se font ici par une équipe réduite à deux infirmiers et une aide-soignante pour un effectif de plus d'une centaine de malades. De même, nous sommes trois médecins, mais depuis plus de six mois, nous tournons à deux dans ce service de pédiatrie. Le troisième étant allé à une mission de formation. »

Chef service de pédiatrie, 10 avril 2011

Pour 100 personnes interviewées, c'est seulement 8 qui ne sont pas du tout satisfaits. Parmi les 92 restants, 64 sont peu satisfaits ; 20 assez satisfaits, et 08 seulement très satisfaits.



Graphique 4 : Satisfaction du personnel par rapport à l'appui des autorités
Source : Résultats d'enquête, avril 2012

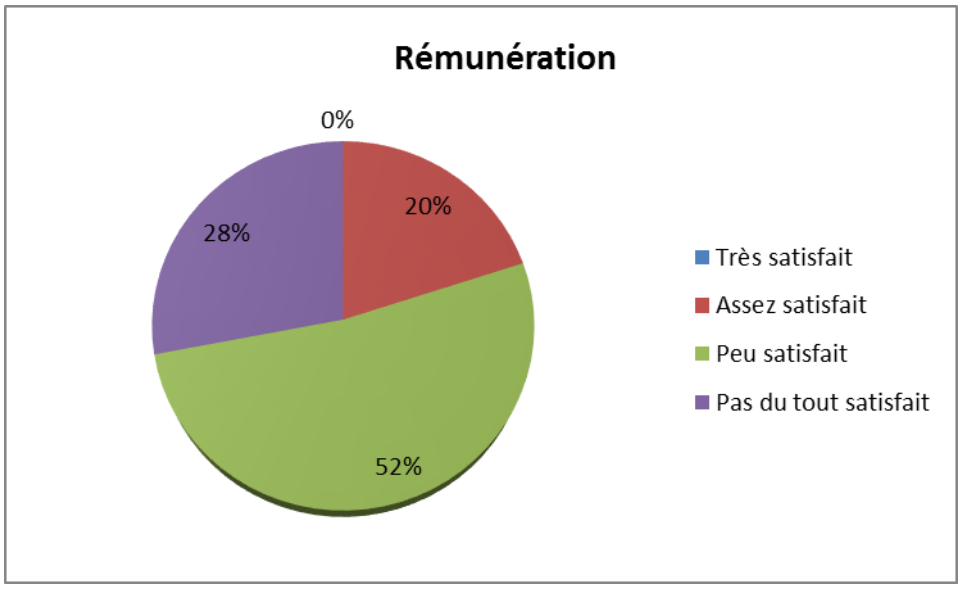
L'insatisfaction relève des contradictions entre les décisions prises à l'interne par les chefs services et celles de la Direction administrative. Il s'agit essentiellement des mutations non bien muries, négociées et enfin acceptées par les parties prenantes. Il n'est pas rare que certaines décisions soient inapplicables du fait qu'elles soient prises sans la participation des syndicats et délégués du personnel. Très souvent lorsque cette participation fait défaut, les agents sur qui les chefs services comptent se voient enlevés au profit des indésirables d'autres services. Ce problème se pose essentiellement avec les agents recrutés et payés par l'hôpital même.

7-1-4 La rémunération du personnel

Les salaires et les diverses primes payés ne sont pas souvent à la mesure du travail fourni par le personnel. Le problème de salaire ne concerne que le personnel

contractuel payé sur fonds propre de l'hôpital en ce moment. Pour les primes, il s'agit surtout de celle payée pour couvrir annuellement une partie des frais de médicament. D'un montant de 30.000 francs payés en deux tranches dans l'année, ce montant ne couvre même pas le minimum dépensé par agent au cours d'une année. S'il faut tenir compte des cas spéciaux où l'agent doit acheter des médicaments de spécialité cardiovasculaire ou hormonale, ce montant est effectivement insuffisant

Pour cent, nous avons : Zéro(0) satisfaction majeure, 20 assez satisfaits, 52 peu satisfaits, 28 pas du tout satisfaits.

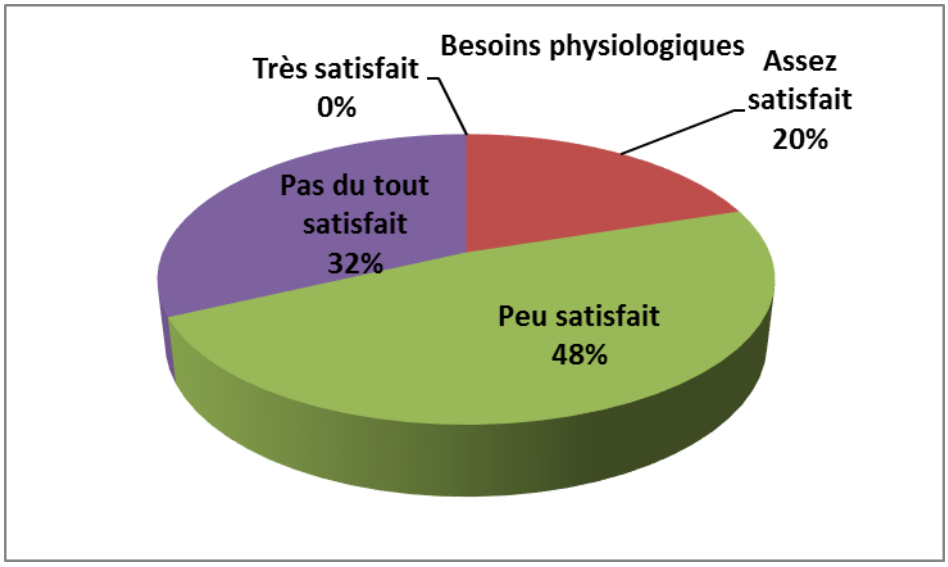


Graphique 5 : Satisfaction du personnel par rapport à leurs salaires
Source : D'après les résultats d'enquête, Avril 2012

7-1-5 Besoins physiologiques

Les besoins physiologiques sont ceux essentiels à la vie dans l'hôpital. Quelques agents de santé n'avaient pas compris pourquoi ce critère a été inséré dans l'évaluation. Nous leur avions répondu que si certaines conditions nécessaires à la vie

ne sont pas remplies dans leur lieu de travail, ils ne pourraient rien faire. La question était simplement de savoir s'ils avaient la possibilité de satisfaire les besoins essentiels notamment, celui de respirer, de manger, de boire, d'aller à la selle, de se laver et de se protéger contre les microbes. Ces besoins se situent au premier et deuxième niveau de la pyramide de MASLOW (1970).



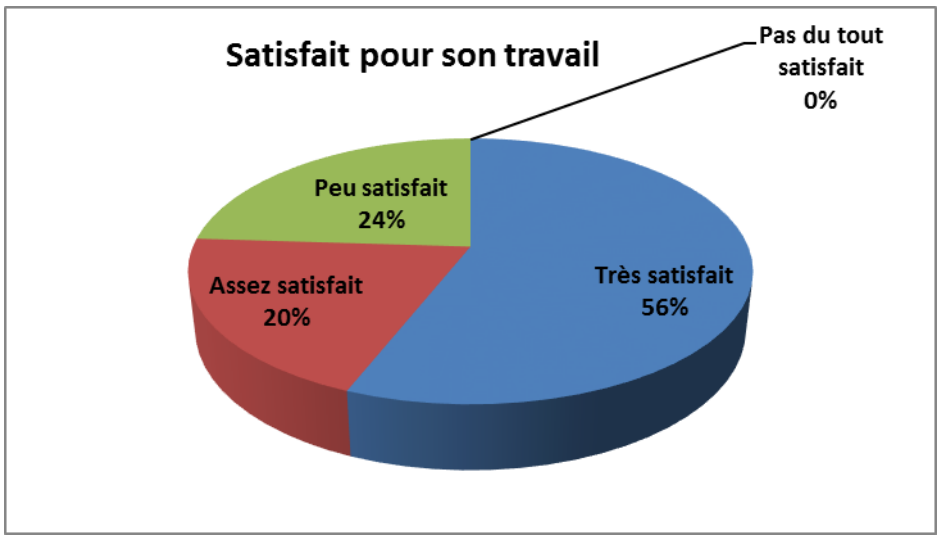
Graphique 6 : Satisfaction du personnel par rapport aux besoins physiologiques
Source : D'après les résultats d'enquête, Avril 2012

Les motifs d'insatisfaction du personnel se rapportent à la qualité des repas et au confort des bureaux. Les besoins de se reposer et de dormir ne sont pas systématiquement satisfaits pour l'ensemble du personnel. Les médecins ont réclamé à cor et à cri pour leur garde couchée que des salles soient aménagées et équipées en literie. Certains bureaux ne disposent pas de toilettes, ni de WC ou latrines. Par rapport à tous ces critères et sur cent personnes interviewées:

Personne (0) n'a exprimé une quelconque satisfaction, 20 ont été assez satisfaits, 48 peu satisfaits, 32 pas du tout satisfaits.

7-1-6 Satisfait pour son propre travail

L'autosatisfaction pour son travail a été acceptable pour l'ensemble des interviewés. Sur cent, 56 ont été très satisfaits Cela traduit l'inexistence d'une relation entre les conditions de travail et ce que chaque agent ressent de son propre travail, 20 assez satisfaits, 24 peu satisfaits, personne n'a exprimé une insatisfaction totale.



Graphique 7 : Satisfaction d'un agent de santé par rapport à son propre travail
Source : D'après les résultats d'enquête, Avril 2012

Comment expliquerions -nous le fait qu'aucun agent n'ait exprimé une insatisfaction totale par rapport à son travail malgré que certains se montrent indélicats et même incompétents ?

Ce sentiment des agents pourrait-il résulter d'une surestimation de soi ou d'un amour propre ?

Même s'ils sont satisfaits d'eux-mêmes, il y a des recriminations portées sur d'autres. Le témoignage ci-dessous est l'expression d'un manque ou d'un besoin de complémentarité pour permettre à l'équipe de soins d'être efficace.

Éloignés des patients par une course à l'acte, seuls face au mourant et à l'incompréhension des médecins, les infirmiers sont parfois frustrés. A propos de l'insuffisance du personnel soignant pour les *g*ardes en service de pédiatrie.

En pédiatrie où 80 lits au moins sont disponibles et occupés tous les jours, les uns en surnombre d'enfants (2 à 3 sur certains), deux (02) infirmiers et une aide-soignante animent la garde. «Nous sommes acculés, très acculés et surtout les week-ends où nous sommes souvent seuls sur tous les cas d'urgence ; même s'il existe un planning, certains médecins s'absentent délibérément, laissant tout le travail à notre charge». J'étais là, ce dimanche du 29 Avril 2012 où je faisais ces constats. Ils étaient effectivement deux infirmiers acculés pour plus d'une trentaine cas de paludisme grave nécessitant des actes transfusionnels. L'aide-soignant qui devait les aider n'était pas à côté d'eux en ce moment.

7-1-7 Formation continue

Bien qu'un plan de formation ait été élaboré ; sa mise en œuvre n'a été que très partielle. En 2003, des formations ont été faites en interne et financées sur fonds propre de l'hôpital pour certains agents. D'autres par contre ont pu bénéficier des formations planifiées au niveau national et financées par des organismes internationaux. Il s'agit des formations en anesthésie-réanimation, ophtalmologie, soins d'urgence, etc..

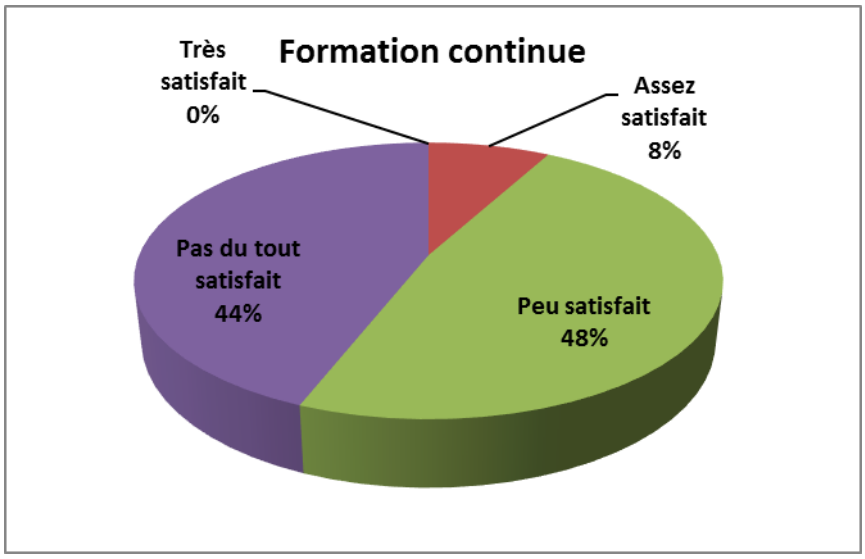
Ces deux dernières années, l'hôpital a manifesté un intérêt particulier à la formation de son personnel dans les domaines de l'hygiène hospitalière et de la qualité

des soins. Il s'agit surtout des formations en organisation et en gestion dans le cadre de l'assurance qualité.

***Encadré 14** : Propos d'un responsable de division administrative*

> *L'hôpital ne dispose pas d'un Plan de formation des agents de santé. Le dernier plan remonte à 2003 et n'a été que partiellement (à moins de 50% éxécuté). Les stages pour les formations diplômantes sont demandés directement par les agents des santé auprès des organismes, avec l'appui du ministère pour la prospection de bourses. Dans ce cas, les agents qui ont des parents à des niveaux élevés de prise de décisions arrivent à obtenir ces bourses ; aussi, l'hôpital ne dispose pas d'un Plan de gestion de ses ressources humaines.*
>
> ***Un responsable de division, 2012***

Les résultats de nos interviews présentent les niveaux de satisfaction pour cent agents interviewés : 08 seulement ont été assez satisfaits, 48 peu satisfaits, 44 pas du tout satisfaits, aucun interviewé n'a été très satisfait.



Graphique 8 : Satisfaction du personnel par rapport à la formation continue
Source : D'après les résultats d'enquête, Avril 2012

7-1-8 Gestion des conflits

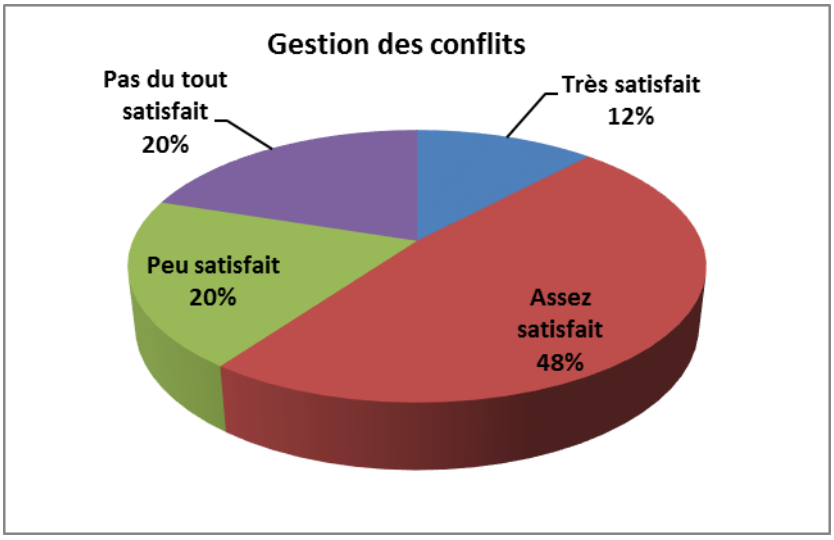
Il s'agit ici principalement de trois types de conflits :

- C*onflit intergroupe* caractérisé par des désaccords et des heurts qui surviennent entre deux ou plusieurs groupes. Dans le milieu hospitalier, nous pouvons citer le conflit entre Syndicat et Direction dont le plus fréquent est lié soit au retard accusé dans le paiement des salaireset primes sur fonds propres, soit à un désaccord avec la manière dont une décision administrative est prise ou avec le contenu de la dite décision. Exemple : *le renforcement de la sécurité hospitalière par la contractualisation avec la société INTER-CON. Ladite société devant fournir une partie de son personnel pour surveiller l'entrée et la sorte des usagers de l'hôpital. Le syndicat a justifié sa position par l'augmentation de la charge que cela constituait pour l'hôpital.*
- *Conflit entre agent de santé et responsable hiérarchique immédiat* : Ce conflit est souvent réglé sans associer le subordonné. Il est parfois difficile de réaliser la confrontation entre les deux parties ; dans ce cas, la raison du plus fort devient la meilleure. La solution la plus simple reste et demeure la mutation de la subalterne dans un contexte où la négociation en vue d'un consensus est possible, la crise peut être aussi résorbée par l'entretien d'un climat de confiance et de sécurité.

  Ces facteurs sont sources d'insatisfaction tant pour les responsables de services en face à face avec l'administration, que pour le personnel subalterne en face de

leurs responsables immédiats (surveillants de pavillons et chefs services médicaux et techniques).

Pour 100 interviewés : 12 ont exprimé qu'ils sont très satisfaits de la manière dont les conflits sont gérés, 48 ont dit qu'ils en sont assez satisfaits, 20 peu satisfaits, 20 pas du tout satisfaits.



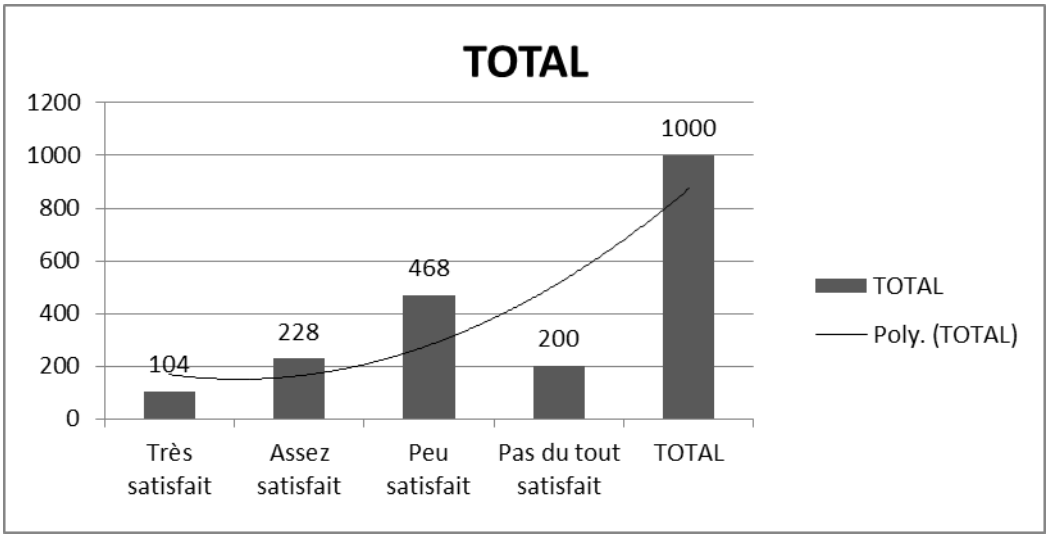
Graphique 1 : Satisfaction du personnel par rapport à la gestion des conflits
Source : D'après les résultats d'enquête, Avril 2012

7-1-9 Synthèse des niveaux de satisfaction du personnel de santé

Pour environ 1000 réponses formulées par les personnels de santé à propos de leurs conditions de travail : 104 ont exprimé une entière satisfaction, soit 10,40% de l'ensemble des réponses, 228 assez satisfaisantes, soit 22,80% de l'ensemble des réponses, 468 peu satisfaisantes, soit 46,80% de l'ensemble des réponses, 200 pas du tout satisfaisantes, soit 20% de l'ensemble des réponses.

En général, les conditions de travail du personnel sont peu satisfaisantes pour plus de la moitié du personnel interviewé pour les dimensions suivantes : sécurité et

santé au travail (52%), hygiène des locaux (56%), appui des autorités (64%), quantité et qualité de matériels fournis (52%).



Graphique 2 : Synthèse de l'évaluation des motifs de satisfaction du personnel
Source : Résultats d'enquête, avril 2012

Les forces

Dispositions prises pour assurer la sécurité des biens et des personnes (agents de sécurité sont positionnés au portail et d'autres circulent dans des endroits stratégiques dans l'hôpital en quête des malfrats).

Dispositions prises pour assurer une bonne gouvernance environnementale : contractualisation avec une Organisation Non Gouvernementale (ONG) de la ville pour l'évacuation des déchets généraux et mise en place d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) fonctionnel.

Paiement d'une multitude de primes au personnel de santé. Elles sont octroyées sous forme d'intéressement financier.

Les faiblesses

Inexistence d'un médecin de travail, favorisant des octrois de repos négociés par les agents de santé.

Inexistence d'une politique de sécurité physique rédigée et mise en œuvre au sein des hôpitaux publics en terme de sécurité physique, nous entendons la prévention des coups et blessures, incendies, vols.

Faiblesse des chefs services et surveillants de pavillon dans le maintien en état de propreté de leurs services. Ceux-ci ne se sentent pas responsables de cette tâche qui de droit leur incombe.

Faible appui des autorités administratives en matière de l'affectation des ressources humaines (tous les agents de santé ne sont pas mobilisables.

L'hôpital ne dispose pas d'un Plan de formation des agents de santé et d'un plan de gestion de leurs carrières. Le dernier plan remonte à 2003 et n'a été que partiellement (à moins de 25% exécutés). Non maîtrise de la gestion des conflits et inexistence d'un service de diététique pour assurer l'alimentation au cas par cas des pathologies.

7-2 LA SATISFACTION DES USAGERS

La connaissance de ce que les patients pensent de l'accueil, des soins et de leur

séjour est nécessaire pour évaluer la qualité des interactions entre personnels et patients ou garde-malades. Il est aussi nécessaire de connaître leurs préoccupations afin d'en tenir compte dans le programme du développement hospitalier. De même, la qualité des soins de santé n'est pas que production des professionnels de santé ; les usagers et même les patients y jouent un grand rôle du fait des points de vue qu'ils développent spontanément sur plusieurs aspects de la culture hospitalière. L'hôpital se présente alors comme un terrain de jeux où nous retrouvons plusieurs acteurs de différentes catégories sociales : équipes de prestataires de soins, patients, groupes ou représentations des corporations, syndicats.

L'enquête de satisfaction réalisée de façon transversale en deux étapes sur un total de 375 personnes interviewées au hasard dans différents services, dans la cours de l'hôpital et même en ville. Les services cibles sont notamment :

- la pédiatrie où la totalité des personnes interviewées sont les mères d'enfants de 0 à 5 ans ;
- la médecine interne où la représentativité des personnes interviewées est la moitié pour chaque genre ;
- la chirurgie où plus de la moitié des personnes interviewées sont des hommes ;
- la maternité où les cibles sont uniquement des femmes hospitalisées après accouchement ou pour des complications associées aux grossesses.

La durée de séjour à l'hôpital de ceux-ci a varié de 02 à 05 jours pour les

patients de la pédiatrie, de 05 à 10 jours pour ceux de la médecine, supérieure ou égale à un (01) mois pour ceux de la chirurgie. Chacune d'elles a été soumise à une interview relative à leur accueil, leur séjour et la qualité des soins qui leur ont été prescrits ou prodigués.

Les réponses obtenues et analysées se rapportaient tant à leurs expériences personnelles qu'aux expériences de leurs parents ou amis du fait du respect des conditions de confidentialité lors des interviews.

Dans ce travail, l'évaluation de la satisfaction des clients répond à deux objectifs essentiels notamment :

Connaître les attentes, les besoins, les préférences, les priorités, les motifs d'insatisfaction des clients…

Mesurer les niveaux de satisfaction et la performance de l'organisation

Nous avons mesuré l'indice de satisfaction qui représente l'écart entre la perception du service par le client et ses attentes.

L'analyse des discours enregistrés révèle au Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau une dizaine de préférences ou d'attente des patients.

Les attentes représentent ce que les patients souhaitent obtenir, c'est-à- dire leurs préférences qui représentent ce qui déterminent leur satisfaction. Celles-ci ont été obtenues par un long processus d'enquêtes qualitatives, dans les salles de soins, dans la cour de l'hôpital, les nuits et de préférence les week-ends et jours fériés. De

l'analyse des discours enregistrés sur bande magnétique, nous avons pu retenir les dix premières attentes formulée**s.**

7-2-1 L'accueil

Le graphique ci-dessous montre bien que le niveau de satisfaction le plus élevé est atteint en médecine avec 75% de personnes très ou assez satisfaites.

Dans les services de la maternité, du bloc opératoire, de la pédiatrie et au niveau des caisses, les usagers sont peu satisfaits.

Les services où le taux d'insatisfaction paraît élevé sont le service des urgences et les blocs opératoires. *Que reprochent les usagers et les patients aux professionnels de santé ?*

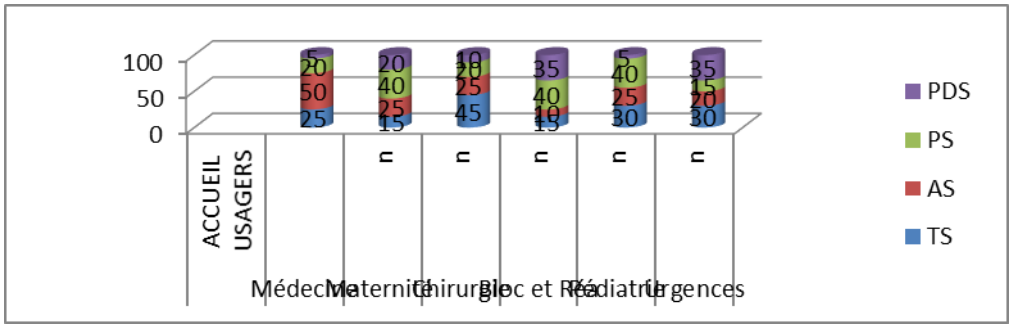
Ils ne nous donnent pas la salutation d'usage ;

Ils sont trop autoritaires envers nous dans le ton et dans leurs manières d'agir ;

Ils ne nous regardent même pas quand nous les sollicitons pour enlever les abords veineux.

Le temps d'attente relativement long passé par les patients dans les halls en attente de leur consultation est lié au retard accusé par certains médecins avant de démarrer les actes de consultation. Ce retard s'explique le plus souvent par l'utilisation du temps de consultation pour d'autres activités. Par exemple, la gestion des situations pathologiques urgentes déclarées pendant ce temps. De

même au niveau des services de recouvrement, ce temps devient long si toutes les caisses destinées au recouvrement des actes de consultation ne fonctionnent- pas simultanément. Si nous calculons le temps passé au niveau des caisses et des halls de consultation, nous trouvons qu'un patient fait banalement quatre à cinq heures avant de finir ses courses dans l'hôpital. .



Graphique 11 : Histogramme des degrés de satisfaction pour l'accueil par service
Source : D'après les résultats de l'enquête, 2012
Source : D'après les résultats de l'enquête, 2012

Les calculs ont montré que l'accueil est moyennement satisfaisant avec un score moyen de 1,52 correspondant à un indice de satisfaction égal à 0,51 sur 1. Le chiffre 1 traduisant l'indice de performance totale. La performance de l'accueil des usagers dans tout l'hôpital est moyenne.

Encadré 15 *: Points de vue des usagers sur l'accueil dans les services*

« Quand on leur demande des renseignements à la caisse et au bureau des entrées, certains agents nous répondent avec arrogance. »
Source : *Enquêté n° 15 ; 2012*

« A la maternité, les sages-femmes mettent du temps pour s'occuper de vous. Elles vous laissent pendant longtemps sur la table. Au cours du travail d'accouchement, elles vous insultent comme s'il y avait un antécédent entre elles et nous. On entend souvent : Quelle est cette femme qui crie et indispose toutes les autres ? Et tout le monde pouffait de rire ».
Source : *Enquêté n° 08 ; 2012*

« Ici, en médecine, certains agents, infirmiers et aident soignants d'une même équipe de garde s'entendent pour ne pas répondre aux sollicitudes des patients. Nous sommes arrivés de nuit, après passage au service des urgences. Nous avions tapé pendant environ 30 minutes sans réponse. Notre patient souffrait et était resté sans soins pendant toute la nuit avant que l'infirmier n'arrive de la ville à six heures pour continuer les soins de la veille. Pour nous plaindre, nous sommes allés vers les responsables de l'hôpital. Nous avons estimé que le surveillant de pavillon et le chef service de la médecine ont pris les dispositions pour prévenir ces genres de comportements. »

Source : *Enquêté n° 14 ; 2012*

« Le reste des produits que j'ai achetés pour l'utilisation au bloc opératoire n'est pas acheminé en salle de réveil ou d'hospitalisation. Ici, on nous prescrit encore d'autres produits, alors que nous n'avons plus assez d'argent pour acheter les produits prescrits ici ».

Source *: Enquêté n° 25 ; 2012*

7-2-2 l'hygiène et l'assainissement

La lecture du tableau ci – dessous permet de constater que :

35% seulement des usagers sont très satisfaits de l'entretien des blocs opératoires ;

50% de ceux-ci sont assez satisfaits au service des urgences ; Aucun (0%) patient n'est satisfait de l'état d'assainissement des salles qui les hébergent ; la même tendance est observée au niveau des caisses de recouvrement.

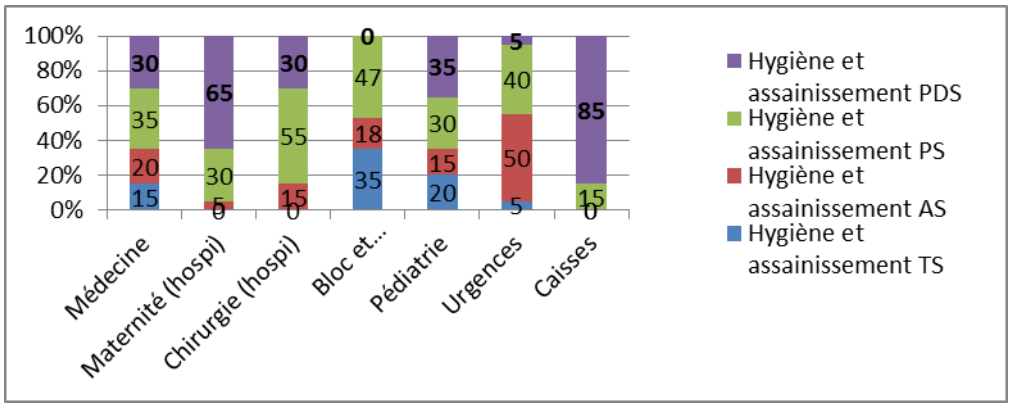
Les insatisfactions totales (PDS) ont été exprimées au niveau des caisses (85%) et à la maternité (0, 65%).

Que reprochent les usagers et les patients aux professionnels de santé ?

Les toilettes ne leur sont pas accessibles à l'intérieur des services ; Les salles d'hospitalisation ne sont pas toujours nettoyées avant le démarrage des soins. Dans les services comme la maternité et la chirurgie,

l'insuffisance du nettoyage a été déplorée par plus de la moitié des interviewés ;

La présence de nuisances en certains coins de l'hôpital et dans les caniveaux.



Graphique 12 : Satisfaction des usagers pour l'hygiène et l'assainissement
Source : D'après les résultats de l'enquête, 2012

Les calculs ont montré que la satisfaction globale des usagers par rapport à l'hygiène et l'assainissement est relativement faible (Score total moyen = 1,03 inférieur à 1,50 qui est la moyenne) et l'indice de performance égal à 0,34 (inférieur à 0,50 qui est la moyenne).

***Encadré 16** : Point de vue de patients sur l'assainissement*

« J'ai été hospitalisée à l'hôpital pour raison de diabète. J'y suis restée une semaine. A la question sur la propreté, l'hôpital est sale par endroit. On ne dirait pas qu'il s'agit d'un hôpital des toilettes sont fermées, inaccessibles aux garde-malades. Nous sommes obligés de sortir de notre salle pour aller aux toilettes ou prendre une douche ». **Source :** *Une patiente de la chirurgie hospitalisation, 2012*

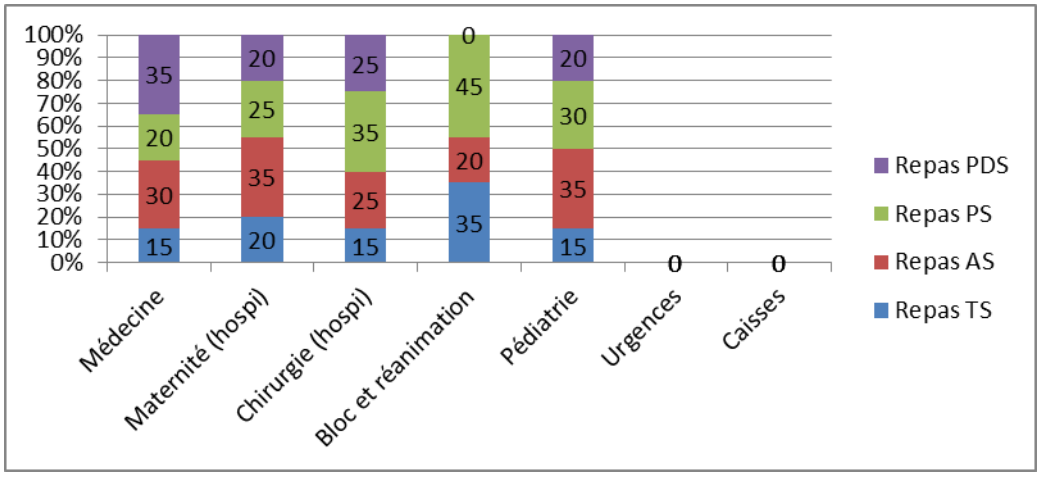
« Nous sommes à l'hôpital depuis six mois. Ma sœur est hospitalisée dans cet ancien bâtiment appelé isolement. Les patients hospitalisés ici portent quelque part une plaie béante sur leur corps et qui cicatrise difficilement. Certains membres traumatisés sont imputés pour cause de gangrène. Les cabines ne sont jamais nettoyées par les egents d'entretien et c'est nous-mêmes avec nos balais achetés par nous-mêmes, qui, balayons les salles ». **Source :** *Un garde-malade de la cellule d'isolement ; 2012*

« Depuis que je suis hospitalisée, il y a bientôt trois (03) mois, aucun agent d'entretien ne s'est occupé sérieusement de notre salle. La salle reste une semaine sans être nettoyée au moins deux fois. ***Source*** *: Une femme en état de grossesse ; 2012*

7-2-3 La qualité des repas

La répartition des personnes enquêtées par rapport aux niveaux de satisfaction donne sur 100 dans chacun des services d'hospitalisation :

- *Personnes très satisfaites :*15% seulement en médecine, 20% à la maternité, 15% à la chirurgie, 35% au bloc et à la réanimation et 15% à la pédiatrie. Les urgences et les caisses n'ont pas eu de patients interrogés pendant nos enquêtes.
- *Personnes assez satisfaites :* 30% à la médecine, 35%à la maternité, 25%à la chirurgie, 20% au bloc et à la réanimation et 35% à la pédiatrie.
- *Personnes peu satisfaites* : 20% à la médecine, 25% à la maternité, 35% à la chirurgie, 45% au bloc et à la réanimation, 30% à la pédiatrie.
- *Personnes pas du tout satisfaites* : 35% en médecine, 20% à la maternité, 25% à la chirurgie, 0% au bloc opératoire et à la réanimation et 20% à la pédiatrie.



Graphique 33 : Satisfaction des usagers pour la qualité des repas
Source : D'après les résultats de l'enquête, 2012

La satisfaction manifestée par les usagers est faible car l'indice maximal de satisfaction ou de satisfaction totale devrait être égal à 1. Elle n'atteint que 49%.

La plupart du temps, certains gardes – malades font leur propre cuisine du fait qu'ils détestent la qualité du repas à eux offerts.

Les plaintes formulées par rapport à certains mets sont :Thés trop sucrés et non bus par certains patients en traitement pour le diabète et les plaies difficilement cicatrisables ;

- Retard accusé par la cuisine dans la préparation et le service du repas ;
- La non variation de certains mets (trop de riz macaroni, poissons fumé presque tous les jours ;
- Des aliments quelquefois mal préparés, notamment les pâtes insuffisamment cuites.

7-2-4 La sécurité des patients

La mesure dans laquelle les risques de blessures, d'infection ou autres effets secondaires négatifs peuvent être minimisés se résume au terme sécurité. Dans les établissements de santé et en particulier à l'hôpital public de Porto-Novo, il y existe un Comité d'Hygiène et de Sécurité qui est un organe de la Direction administrative. Cet organe s'occupe essentiellement du contrôle et de la gestion en matière d'hygiène des espaces hospitaliers, locaux, infrastructures

/

Pendant ces dix dernières années, les réflexions menées sur l'amélioration de la qualité des services et soins hospitaliers ont conduit à la séparation de la mise en œuvre de l'hygiène et de la sécurité. L'hygiène est alors devenue l'activité d'un autre Comité mis en place suivant la Politique Nationale d'Hygiène Hospitalière au Bénin, laquelle est dénommée Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales[6] (CLIN). Quant à la sécurité physique des biens et des personnes, elle est intégrée à la Surveillance générale.

En effet le développement durable des structures sanitaires passe entre autres par la promotion de l'hygiène hospitalière à travers la mise en place d'une politique spécifique qui permet de réduire les infections contractées dans les milieux de soins.

Les stratégies définies dans le document de Politique s'expriment en ces termes : la formation du personnel, l'information, la recherche, la supervision, l'approvisionnement en antibactériens et la prévention.

Cette Politique mise en œuvre depuis 2006 n'a connu son essor au CHD/OP qu'en 2009 avec la mise en place et le fonctionnement du Comité de Lutte contre les infections Nosocomiales.

L'hôpital a fait beaucoup d'effort ces dernières années dans le maintien des patients en sécurité. Les plaintes qu'ont formulées les patients sont relatives à l'obscurité de certaines zones dans la nuit, surtout derrière la médecine et la chirurgie hospitalisation.

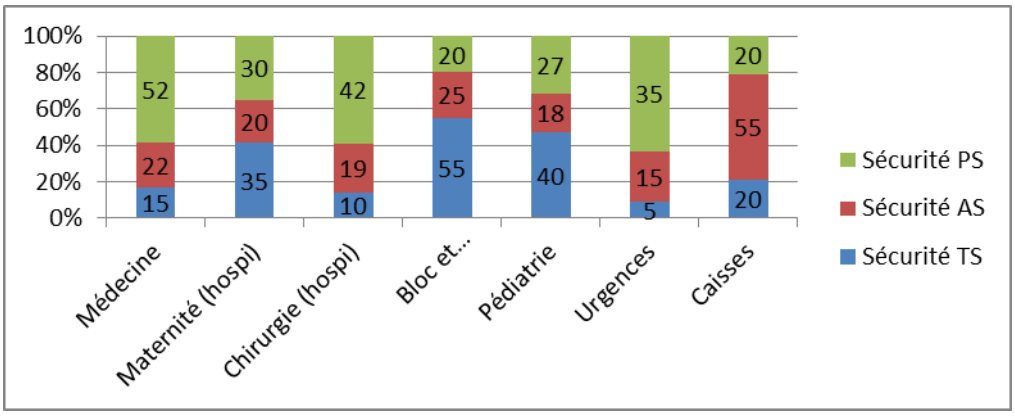
Les vols d'engins à deux roues et d'objets appartenant aux patients sont les plus fréquents Tout cela a amené les autorités administratives à prendre les dispositions ci-après :

Contrôle permanent du flux des entrées et des sorties aux heures de visite par les agents de la Société INTER-CON ;

Surveillance au sein des pavillons d'hospitalisation par les surveillants et le personnel de sécurité engagé pour cette activité ; Maintien de l'ordre et la discipline dans les services par les chefs services et les surveillants des pavillons ;

Éclairage des zones obscures ;

Appui de la police et de la gendarmerie de Porto Novo pour des mesures sécuritaires ;



Graphique 14 : Histogramme des degrés de satisfaction pour la sécurité des patients
Source : D'après les résultats de l'enquête, 2012

De nombreux patients ont exprimé leur insatisfaction en matière de sécurité des biens et des personnes en médecine (52%), en chirurgie hospitalisation (42%) et aux services des urgences (35%).

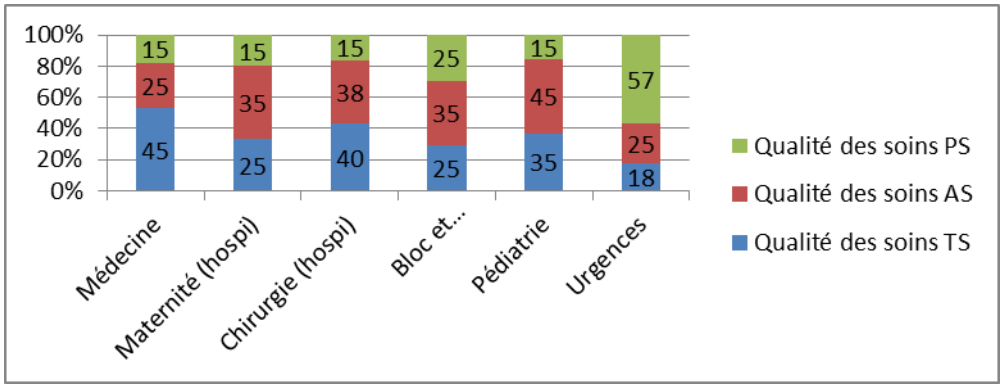
Par contre, les niveaux de satisfaction sont plus élevés dans les blocs et les salles de réanimation (55%), à la pédiatre (40%) et à la maternité (35%).

7-2-5 La qualité des soins

Plus de la moitié des usagers interrogés au Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau ont témoigné de la rapidité de leur prise en charge. Par contre, ils ont déploré la faiblesse du dispositif de soins due à l'absence de médicaments et de matériels immédiatement disponibles au service des urgences ou à l'officine. Le temps de prescrire et d'aller acheter les médicaments et autres produits de soins qui ne sont pas toujours disponibles à l'officine de l'hôpital

allonge la durée de la prise en charge.

Par rapport seulement à l'acte de consultation, sur les 150 patients, une moyenne de 68% seulement ont déclaré qu'ils ont été assez ou totalement satisfaits pour les indicateurs relatifs à l'écoute, aux gestes cliniques et à l'information sur les traitements, les médicaments et les rapports de risques/bénéfices ; 22% ont déclaré qu'ils sont peu ou pas du tout satisfaits pour des raisons liées au temps d'attente et au retard accusé par le médecin dans le démarrage des consultations.



Graphique 15 : Histogramme des degrés de satisfaction pour la qualité des soins
Source : D'après les résultats de l'enquête, 2012

Encadré 17 : Point de vue de deux patients sur la corruption

« *Moi je suis parti de l'hôpital en 1993 et j'y suis arrivé en 1982. Il existait une fraternité qui ne disait pas son nom et le travail marchait bien. Aujourd'hui, l'hôpital est devenu un endroit où tout le monde cherche à s'enrichir sur le dos des malades. Si tu prends de l'argent chez les malades, ils ne vont pas te respecter en ville.* » « *Les femmes en blouse de couleur bleu viennent nous faire des pansements. Elles nous vendent des gants, compresses et produits de pansement amenés de chez elles. Certaines nous prennent frauduleusement beaucoup d'argents et nous invitent à la discrétion. Souvent elles laissent les produits prescrits par l'infirmier pour nous prescrire d'autres, les leurs.* »

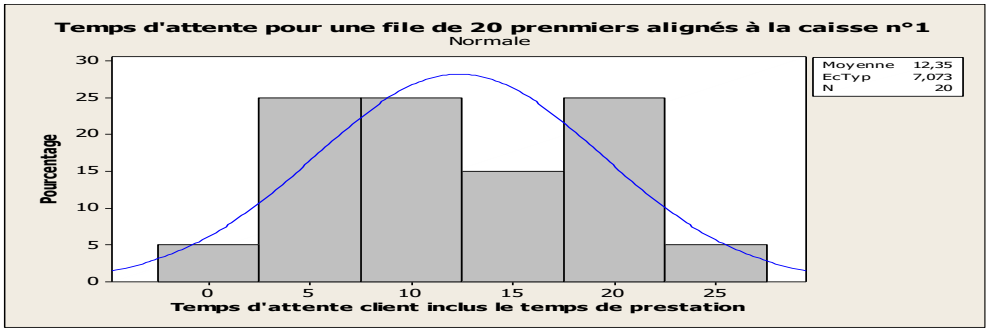
Source **:** *Deux patients en isolement chirurgie, 2012*

7-2-6 Le temps d'attente des usagers et d'activité des prestataires

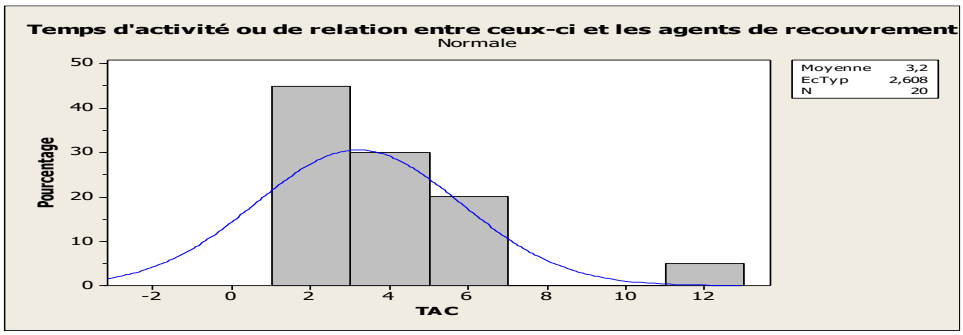
Les usagers perçoivent que le temps relativement long passé par les usagers à attendre devant les caisses et au service des urgences a fait l'objet de plainte. A cet effet nous avons poussé notre curiosité vers ces deux infrastructures pour comprendre comment se passe le phénomène. En plus, l'attente des patients dans les autres unités de soins est aussi la cause de l'insatisfaction des patients et de leurs accompagnants.

- *Caisses d'enregistrement des consultations et hospitalisations :* Les enquêtes menées sur les sites en deux jours choisis au hasard nous ont permis de faire les constats ci-après : Les clients attendent longtemps lorsqu'ils sont déjà en grand nombre alignés devant les caisses avant le démarrage des activités, lorsque les reliquats en monnaies ne sont pas disponibles, lorsque les queues sont assez longues et que les derniers entrants dans les rangs ne sont pas pris en charge aussitôt.

La matinée de 8 h à 11h, correspond à la période de grande affluence et où les plaintes sont exprimées par un grand nombre de patients, surtout les lundis et les jeudis. Dans l'après-midi, le travail au niveau des caisses devient plus relaxe et moins contraignant pour les agents de recouvrement.



Graphique 46 : Variation du temps d'attente et d'activité à la caisse des prestations
Source : D'après les résultats de l'enquête, 2012



Graphique 57 : Temps d'activités entre ceux-ci et agents de recouvrement
Source : D'après les résultats de l'enquête, 2012

Nous observons sur le graphique n°15 une assez grande variabilité dans la répartition du temps d'attente. La moyenne de ce temps est de 12,35 mn ± 7,073mn.

05% des usagers reçus dans un laps de temps égal à 2,5 mn ;

25% reçus dans un intervalle de temps compris entre 2,5 et 12,5 mn ;

15% reçus entre 12,5 et 17,5 mn ;

25% entre 17,5 et 22,5 mn ;

05% entre 22,5 et 27,5mn.

Le temps total d'attente pour les 20 usagers est de 131 mn soit 2h 11mn.

Par rapport au temps d'activité au niveau de cette caisse, le graphique n°15 montre que le temps d'échange est court et estimé en moyenne à 3,2 mn ± 2,68 par usager.

45% de ceux – ci ont échangé entre 1 et 3 mn ;

30% entre 3 et 5 mn ;

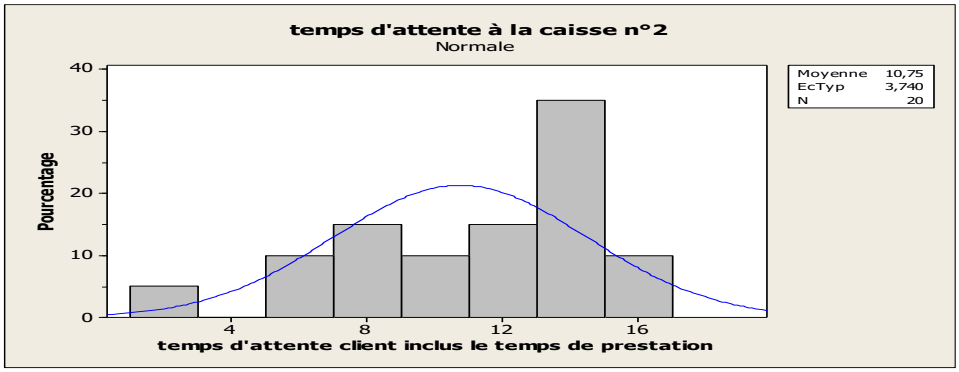
20% entre 5 et 7 mn ;

0% entre 07 et 11 mn ;

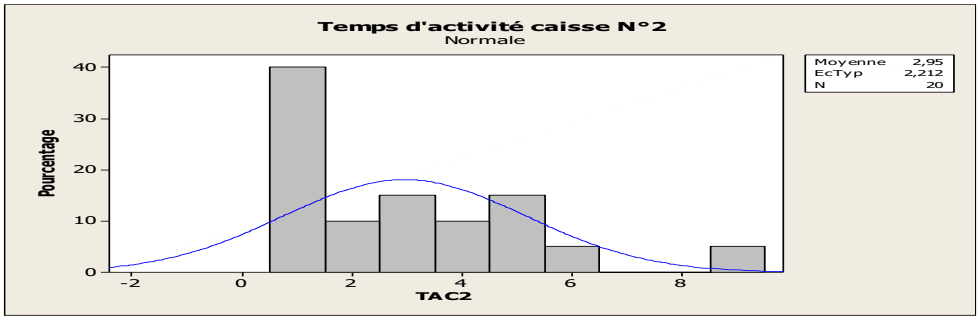
05% entre 11 et 13 mn.

Temps d'attente : Comme sur le graphique précédent, le temps d'attente ne présente pas une homogénéité. Une grande variation s'observe pour un effectif de 20 premiers usagers alignés. La moyenne étant de 10,75mn ±3,74mn.

- % entre 11 et 13 mn.



Graphique 68 : Variation du temps d'attente à la caisse de la pharmacie
Source : D'après les résultats de l'enquête, 2012



Graphique 19 : Temps d'activité à la caisse des recettes pharmaceutiques
Source : D'après les résultats de l'enquête, 2012

Sur ce diagramme :

05% des clients dans un laps de temps égal à 2 mn ;

10% entre 5 et 7 mn ;

15% entre 7 et 9 mn ;

10% entre 9 et 11 mn ;

10% entre 11 et 13 mn ;

35% entre 13 et 15 mn ;

05% entre 154 et 17mn.

Temps d'activité : Ce temps est généralement court. La moyenne ici est égale à 2,93 mn. De même nous observons une grande variabilité dans la répartition de ce temps d'échange :

40% des clients ont échangé avec le personnel de recouvrement pendant 1 à 1,5mn ;

10% entre 1,5 et 2,5mn ;

15% entre 2,5 et 3,5mn ;

10% entre 3,5 et 4,5mn ;

15% entre 4,5 et 5,5 mn ;

05% entre 5,5 et 6,5mn ;

0% entre 6,5 et 8,5 mn ;

05% entre 8,5 et 10mn.

Caisse pharmacie **:** L'affluence est beaucoup plus grande à partir de 10h jusqu'à 13h, période pendant laquelle un grand nombre de patients ont reçu leurs ordonnances. L'unicité de cette caisse fait que les patients attendent plus longtemps qu'il ne le fallait.

Un responsable de division de la pharmacie nous confiait que le temps est relativement long à ce niveau du fait que le personnel doit se concentrer sur les ordonnances pour dégager les produits prescrits non disponibles, identifier les précisions sur les dosages et quantités prescrites.

Cas particulier des cellules de gestion des urgences : Le phénomène devient plus compliqué du fait que c'est l'urgence pathologique qui détermine la prise en charge des patients. Les patients présentant des aspects pathologiques très graves sont pris en charge même s'ils sont les derniers arrivés.

L'observation faite sur une quarantaine de patients venus payer les actes qui leur ont été prescrits nous a permis de calculer le temps moyen d'attente.

En général, la réduction du temps d'attente dans les cellules d'urgence, que ce soit en médecine interne, à la pédiatrie, et à la maternité, constitue l'une des

principales priorités de la Direction de l'hôpital, dans sa démarche d'amélioration continue des prestations. Elle reconnaît que les patients méritent des soins sécuritaires appropriés et de haute qualité lorsqu'un accident de voie publique survient brusquement que des symptômes troublants les amènent à l'hôpital, lorsqu'une femme enceinte arrive dans un état de détresse ou bien un enfant déjà trop atteint avant d'être évacué d'un centre de santé périphérique. Les stratégies adoptées furent l'identification et la sélection ou le tri des cas urgents parmi les patients venus pour des soins d'urgence permet aux médecins de mieux s'occuper des cas les plus graves. Cette stratégie n'est pas acceptée des profanes qui récriminent souvent contre les médecins. Dans le service des urgences médicales et chirurgicales où ce tri est fait selon les pathologies et leur degré de gravité ; certains malades sont rapidement pris en charge bien qu'ils ne soient pas les premiers assis sur les bancs. De la même manière qu'en pédiatrie où l'enfant qui présente des signes convulsifs avec détresse respiratoire est immédiatement pris en charge dans une salle réservée à ces cas, avant d'être transféré en salle d'hospitalisation. Dans ce cas le temps d'attente est très réduit (inférieur ou égal à 15 minutes). L'enfant est pris en charge pendant que les parents sont en train de remplir les formalités administratives et financières. Le fait que ce service fonctionne au quotidien avec une seule salle de consultation, un seul médecin et deux infirmiers, le temps d'attente des patients reste et demeure long pour les cas non graves.

En général, la prescription médicale en cas d'urgence reste un véritable

problème pendant les temps de garde où aucun médecin n'est présent pour répondre aux urgences. On assiste ainsi à un déplacement de ce rôle et l'infirmier ou la sage-femme est obligé(e) de prescrire les premières ordonnances aux patients en situation d'urgence médicale, chirurgicale ou obstétricale. Cette situation est tellement remarquée dans d'autres pays comme la France où une infirmière disait : « *Eloignés du patient par une course à l'acte, seuls face au mourant et à l'incompréhension des médecins, les soignants sont désabusés…., on remet son travail à plus tard et on s'en tire avec la culpabilité en plus d'avoir fait un travail dégueulasse ; quand on n'a pas le temps de parler avec les vivants, on a encore celui de tenir la main aux mourants, …, les médecins se sont déchargés sur nous de l'accompagnement des mourants* . Aussi la charge de travail des médecins, le manque de temps médical du fait de l'insuffisance de praticiens dans certaines disciplines, les tâches administratives transversales toujours plus nombreuses sont autant les facteurs d'ineffectivité de ce Décret. Ainsi, il est bien plus simple d'envoyer ces prescriptions à un infirmier diplômé d'Etat par téléphone que de les écrire, selon la règle de l'art, surtout si le praticien n'est pas dans le service.

Le renforcement de l'effectif des médecins consultants dans les services de médecine et de chirurgie permet de leur offrir un effectif raisonnable de patients pour l'acte de consultation. Dans ces services, un médecin a au plus 10 à 15 patients qu'il reçoit par jour, à raison d'au moins 15 à 20 minutes pour chacun d'eux. Cette stratégie, renforcée par la création de cabinets de consultation pour les

spécialités ORL, ophtalmologie, stomatologie, a permis de réduire considérablement le temps d'attente. La différenciation des différentes caisses de recouvrement par séparation des recettes liées aux actes de consultation et hospitalisation et celles liées aux médicaments. Actuellement l'hôpital tend vers la mise en place d'unités de recouvrement dans certains services d'urgences. La mise à la disposition des services des kits de médicaments conçus pour chaque pathologie permet au personnel soignant de prendre en charge spontanément et efficacement les urgences dans des services sensibles comme la pédiatrie.

Les autres niveaux de soins se rapportent à des situations où des patients hospitalisés ont terminé la phase des soins actifs de leur traitement, mais continuent d'occuper un lit de soins actifs en attendant leur congé ou leur transfert. Certaines personnes ne peuvent pas quitter l'hôpital à cause d'un manque d'accès à d'autres genres de soins. D'autres gens attendent leur congé à cause de l'inefficacité du système. Cette situation arrive s'il n'y a des lits disponibles, obligeant des personnes à rester plus longtemps dans la salle des urgences. Voilà pourquoi la Direction de l'hôpital et l'ensemble du personnel réunis en Comité de Direction prennent la résolution de compléter les lits d'hospitalisation pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Les réunions de réflexion sur l'assurance qualité des soins en disent plus long.

Tableau XXII : Attentes formulées par les usagers/patients

	ATTENTES	FREQUENCE
1	Que leur accueil à l'entrée de l'hôpital comme à l'intérieur des services soit amélioré (échange de salutation d'usage et d'expression de courtoisie)	70%
2	Que les locaux (plancher, lits, ventilateurs plafonniers, vitres…) soit propres et attirants	68%
3	Que l'hôpital mette à la disposition des patients des toilettes, latrines, WC accessibles à toutes les catégories de personnes	65%
4	Que l'hôpital soit débarrassé de tout ce qui encombre les patients et pollue son environnement	65%
5	Que le temps d'attente soit réduit pour les cas graves et Urgents	60%
6	Que les repas servis aux malades soit bons à consommés et servis à temps normal	55%
7	Que le personnel soignant soit compétent, courtois et Disponible	45%
8	Que les résultats de laboratoire soient donnés à temps.	33%
9	Que les coûts des actes médicaux et chirurgicaux soient révisés à la baisse	30%
10	Que le personnel de santé se presse devant toute situation d'urgence	24%

Source : D'après les résultats de l'enquête, 2012

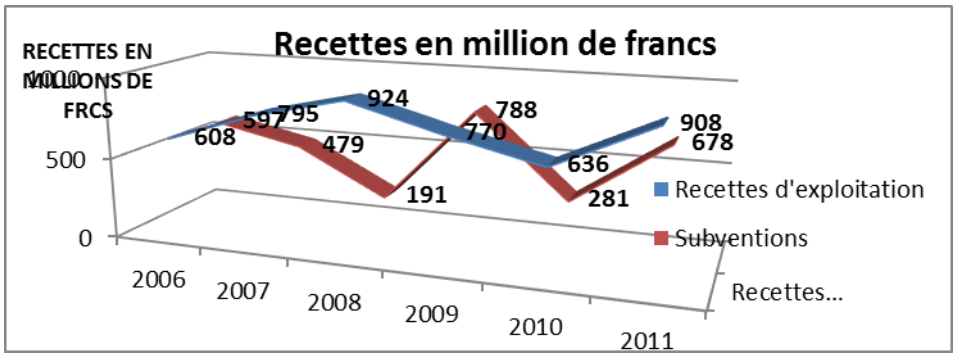
7-3 ENJEUX ECONOMIQUES ET FINANCIERS

Les recettes : Elles représentent « l'argent rentré » en ce sens qu'elles proviennent d'une part des prestations vendues appelées encore recettes d'exploitation, et d'autre part des subventions de l'Etat ; de dons divers octroyés par

des organisations non gouvernementales ou des partenaires privés. Selon le graphique ci-dessous,les recettes d'exploitation ont connu une augmentation d'environ 316 millions de 2006 à 2008, puis une baisse drastique d'environ de 288millions de 2008 à 2010, année au cours de laquelle elle a connu une augmentation d'environ 262 millions de francs.

Quant aux subventions, elles ont évolué successivement en dents de scie avec une baisse équivalente à 396 millions de 2006 à 2008 une augmentation de 2008 à 2009 équivalente à 587 millions de francs, une baisse de 497 millions 2009 à 2010, puis une augmentation de 487 millions de 2010 à 2011.

En comparant les deux courbes, la période de 2009 à 2010 correspond à celle où le niveau des subventions a largement dépassé celui des recettes



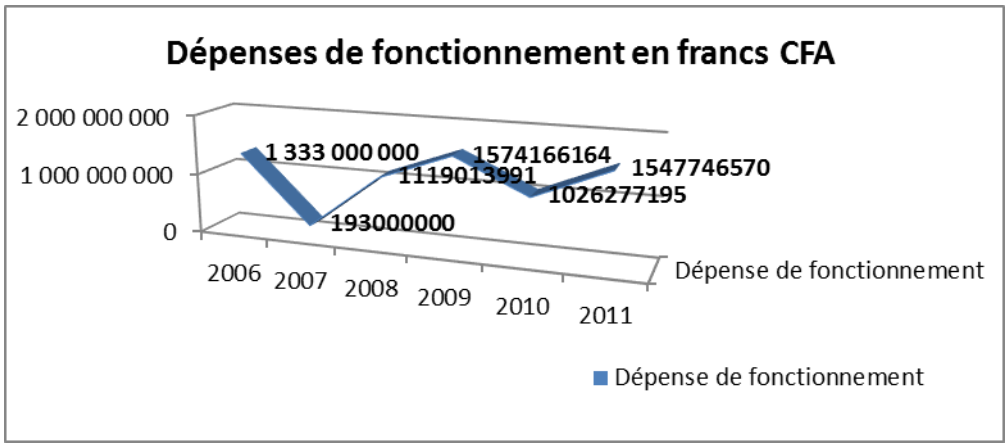
Graphique 20 : Courbe des recettes du CHD-OP de 2006 à 2011
Source : Rapport annuel des bilans financiers du CHD/OP

Les dépenses : Elles représentent les charges réalisées par décaissement. Il s'agit de l'argent investi pour les achats divers comme les médicaments les transports, les opérations de paiement de factures et rémunérations à verser aux prestataires extérieurs dits fournisseurs, les impôts et taxes, les rémunérations du personnel en

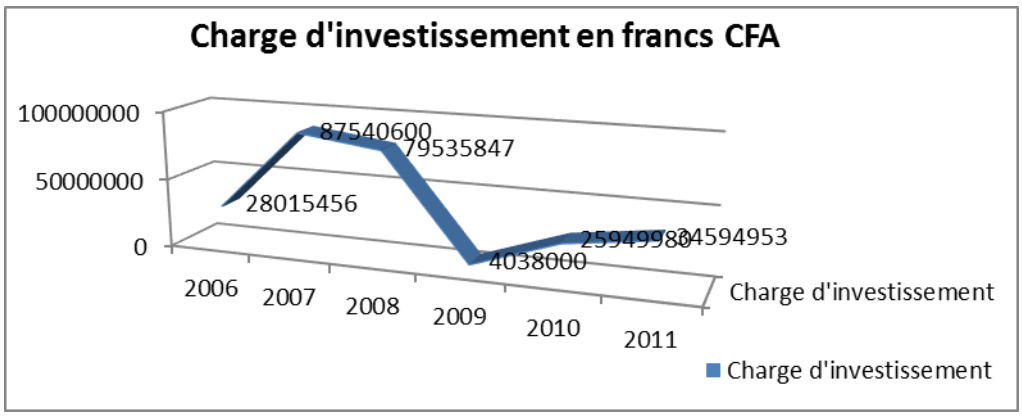
terme de salaires ou de primes. Ainsi nous considérons deux types de dépense : les dépenses de fonctionnement et les dépenses d'investissement.

La courbe ci-dessous montre que le niveau des dépenses de fonctionnement a baissé de 1.140.000.000 francs de 2006 à 2007, ensuite elle a connu une augmentation de 1.371.1666.164 francs de 2007 à 2009. Entre 2009 et 2010, ce niveau a légèrement baissé avant d'atteindre 1.547.746.570 francs en 2011.

Quant aux dépenses liées aux investissements, le niveau de la courbe a connu un maximum en 2007, passant de 28.015.456 francs à 87.540.600 francs.

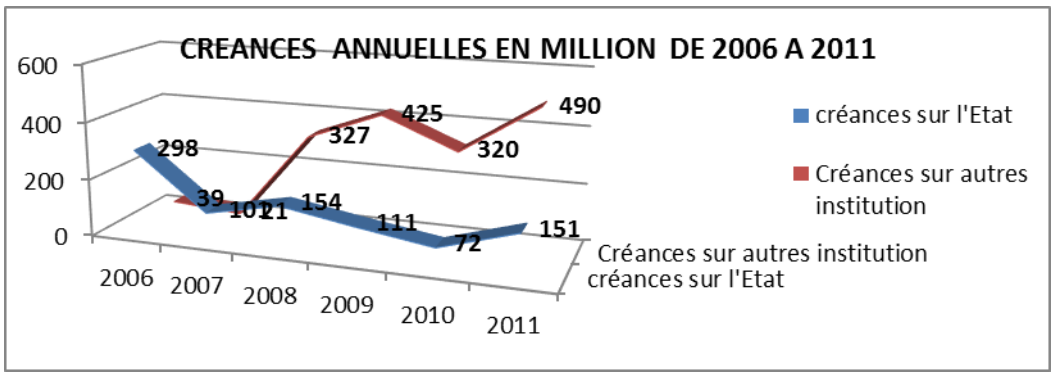


Graphique 21 : Courbe des dépenses de 2006 à 2011
Source : Rapport annuel des bilans financiers du CHD/OP



Graphique 22 : Charge d'investissement de 2006 à 2011
Source : Rapport annuel des bilans financiers du CHD/OP

Les créances : Elles représentent ce que l'État et autres institutions apportent à l'hôpital sous le vocable de recettes à termes. Elles représentent ce que l'État et autres institutions payent sur les actes divers. En général, les créances sur l'Etat ont connu leur maximum en 2008 et en 2011 représentant respectivement 154 millions et 151 millions de francs. Les minima ont atteint 101 millions en 2007 et 72 millions en 2010. Par contre, le niveau des créances sur les autres institutions s'est considérablement élevé de 2007 à 2009 passant respectivement de 101 à 425 millions de francs ; il a baissé entre 2009 et 2010, puis s'est élevé à 490 millions en 2011.

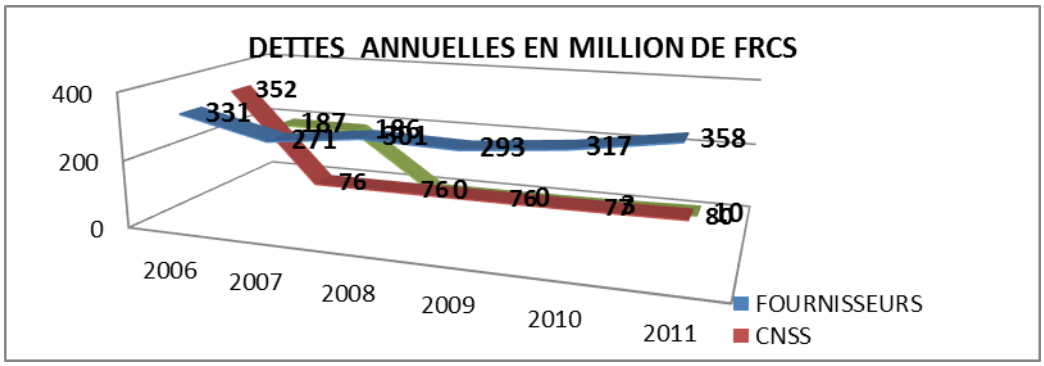


Graphique 73 : Courbe d'évolution des créances

Source : Rapports annuels des bilans financiers du CHD/OP

Les dettes : Elles représentent ce que l'établissement doit aux fournisseurs à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et aux personnels de santé en termes de primes et indemnités. Le graphique ci-dessous montre que les montants des dettes

envers les fournisseurs sont généralement plus élevés que ceux concernant la Caisse Nationale de Sécurité Sociale et les diverses primes et indemnités payées au personnel. La dette envers cette institution a baissé de 2006 à 2008 de 352 millions à 76 millions de francs CFA. A partir de 2008, année correspondant au reversement dans la fonction publique du personnel antérieurement payé sur le fonds propre de l'hôpital. Les dettes envers le personnel de 2006 à 2008 ont été entièrement payées en 2008 après le reversement du personnel contractuel.



Graphique 84 : Courbe d'évolution des dettes de 2006 à 2011
Source : Rapport annuel des bilans financiers du CHD/OP

*De ces analyses, il ressort que l*es dépenses annuelles de fonctionnement dépassent de loin les recettes annuelles de l'hôpital, ce qui explique le niveau relativement élevé des dettes. L'hôpital vit grâce aux subventions des partenaires dont le premier est l'Etat béninois. *Ce niveau des dépenses s'explique par la cherté des intrants et l'obligation de contracter des dettes envers ses fournisseurs privés.*

L'Etat subventionne et en même temps ne paie pas à court terme la proportion des valeurs financières des actes qu'il prend en charge. Reprend-il par la main gauche ce qu'il donne par la main droite. Les pertes sont assez lourdes.

L'hôpital ne réalise pas d'économie pour répondre aux imprévus si les dépenses sont ainsi plus élevées que les recettes. Le remboursement à long terme des créances par l'Etat et les autres institutions ne lui permet de ne payer qu'une infime partie de ses dettes. Ces données économiques et financières ne traduisent qu'une *faible viabilité hospitalière*.

Le faible pouvoir d'achat des usagers et professionnels de santé est la cause fondamentale de l'inhospitalité dans l'hôpital public aujourd'hui. Les patients se répartissent en deux catégories socio-économiques :

- ceux qui disposent de moyens nécessaire pour payer leurs soins, notamment les commerçants, les fonctionnaires, les responsables politiques et cultuels ;
- les indigents identifiés au sein des familles pauvres.

Ces deux catégories qui devraient être traitées également ne le sont pas. Les premiers sont généralement vite pris en charge tandis que les autres devraient chercher une structure d'assistance sociale qui doit assurer la couverture financière de leurs soins. Les parcours internes de ces indigents entraînent des pertes de temps dans leur prise en charge. La plupart de ceux-ci sollicitent un exéat contre avis médical après avoir épuisé toutes leurs ressources.

7-4 ENJEUX SOCIO-CULTURELS

Les relations interpersonnelles développées au sein de la collectivité hospitalière sont basées sur leurs façons de penser et d'agir. En milieu hospitalier,

nous notons une diversité de cultures et de normes : une culture spécifique aux professionnels de santé une culture que développent les usagers et les patients.

7-4-1 La culture des professionnels de santé

La culture de base des agents de santé : Elle est issue de la socialisation en tant que processus d'acquisition de connaissances, des modèles et des valeurs. Ces agents ont acquis de leurs milieux respectifs de vie des façons de penser et d'agir qu'ils manifestent dans leur milieu de travail.

La culture professionnelle des agents de santé : Celle-ci est acquise au cours de leur formation et pendant l'exercice de leurs professions. Par exemple :

- la majorité des sages-femmes crient sur les femmes en travail d'accouchement. Elles justifient cette attitude par le fait qu'elle oblige la femme à pousser et à faciliter la progression du mobile fœtal. Aussi, s'adonnent-elles à la vente des layettes et objets de toilettes utilisés sur nouveau-nés, pratique incompatible avec l'exercice d'une telle profession et combattue par les autorités administratives ;
- les médecins dialoguent bien avec leurs patients grâce aux consultations et aux staffs cliniques organisées ;
- les infirmiers ;
- les techniciens de laboratoire et de radiologie échangent moins de salutation avec les patients.

7-4-2 La culture des usagers

Chaque usager qui arrive à l'hôpital dispose d'un acquis culturel qui reflète sa tradition. Par exemple, les usagers ne comprennent pas souvent le rôle joué par les poubelles installées de part et d'autre dans la cour de l'hôpital et jettent les déchets partout, même autour de ces poubelles qui parfois sont vides ou à moitié remplies. Pour eux, le soutien moral et affectif doit se manifester par la présence de plusieurs parents et amis autour du patient alors que cela lui est hygiéniquement préjudiciable. Certains font tout pour déchirer les grillages posés sur les persiennes pour y faire passer leurs restes alimentaires.

Cette diversité culturelle provoque soit des situations conflictuelles entre agents de santé et usagers, soit des situations amicales entre agents de santé et gardes malades. En effet la fonction de garde malade se justifie par le fait qu'il est identifié comme qui représente les parents auprès du malade et l'aide à satisfaire ses besoins fondamentaux. Les gardes malades récidivent dans leurs comportements peu sécurisants malgré les multiples sensibilisations faites par le personnel de santé et les agents d'hygiène.

7-4-3 Les conflits transversaux

Il existe plusieurs types et aspects de conflits :

Conflits interne de courte durée entre SYNTRACO et Direction :

Les années 2005-2008 ont été très tumultueuses du fait des négociations

vaines entre le Syndicat des Travailleurs Contractuels (SYNTRACO) dont les agents sont payés sur le fonds propre de l'hôpital et la Direction de l'hôpital. En ce temps, la faiblesse de la trésorerie de l'hôpital liée à la contrainte de rembourser les dettes contractées auprès des fournisseurs extérieurs, ne permettait pas de payer à temps les salaires et les primes à ces agents. Les faits marquants de ces conflits sont les réunions et les sit-in qui occupent les heures réglementaires de travail. Les grévistes, pour se distinguer du reste du personnel, portent des banderoles rouges comme les bolchevicks en Union Soviétique. Ces manifestations durent souvent deux à trois demi-journée de travail et ce jusqu'à l'obtention de consensus ou d'un accord avec le Directeur de l'hôpital.

Certains problèmes dans les services sont d'autant plus compliqués à résoudre qu'ils sont placés sur le registre de la Morale alors qu'ils pourraient être lus en termes de conflits organisationnels, n'impliquant pas de dénoncer « l'immoralité » des uns ou des autres.

Alliances pour ou contre la bonne gouvernance : Au Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau, un conflit organisationnel a existé entre un infirmier en même temps secrétaire général du Syndicat des travailleurs contractuels (SYNTRACO) payés sur le fonds propre de l'établissement et un responsable administratif, autrefois Chef service des affaires financières et nommé après responsable de la Division de la Gestion Administrative et Financière. Ce conflit qui a opposé les deux parties est lié au fait que la position du

responsable administratif et du personnel ne requiert pas l'adhésion des agents contractuels du CHD-OP qui voient toujours leurs intérêts bafoués par celui-ci. Le conflit est engagé lorsque la Directeur Départemental de la Santé a muté dehors le responsable ennemi du personnel contractuel sans pourvoir à son remplaçant. Ce dernier, ayant perçu le caractère irrégulier de cette mutation, porte plainte contre le Secrétaire général des travailleurs contractuels du CHD- OP. La suite est constituée d'allers et venues au tribunal de première instance de Porto-Novo, d'un emprisonnement pour six (06) mois du Secrétaire Général du SYNTRACO, du décès de l'épouse du responsable du personnel muté dans un autre centre de santé de la même ville.

L'analyse de la situation a montré que :

- le Directeur Départemental de la Santé de l'Ouémé et du Plateau aurait pris l'acte de mutation pour calmer les mécontentements et les dysfonctionnements que provoque la crise au sein de l'hôpital ;
- le Directeur Départemental de la Santé de l'Ouléma et du Plateau a procédé à cette mutation sans consulter le Directeur du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau, créant ainsi une inimitié entre le celui-ci et lui. Cette attitude du Directeur Départemental de la Santé n'a pas du tout facilité le règlement à l'amiable du conflit entre les deux parties.

Ce conflit a perduré en suscitant des interventions judiciaires avec l'emprisonnement du Secrétaire général du Syndicat des Travailleurs

Contractuels (SYNTRACO) du CHD-OP. Le décès de l'épouse du Chef Personnel est intervenu dans la même circonstance faisant croire au personnel qu'il y a eu un règlement de compte invisible ou mystique. *Alliance d'un groupe d'agents de santé contre leur médecin-chef et leur surveillant au service des urgences :* Le chef du service des urgences, après avoir été Président du la Commission Médicale Consultative, a été nommé Chef service des urgences. Dans une parution anonyme sur ce service, certains de ses collaborateurs ont écrit une série de dénonciations contre lui.

***Encadré 18** : Comportements des responsables du service des urgences dévoilés par leurs collaborateurs*

« Le médecin Chef Dr K. M. V. n'a aucune attitude correct, celle d'un bon patron ; voilà ce chef qui n'arrive jamais à l'heure au service. Il est toujours le dernier à arriver et le premier à rentrer à la maison. Quand il est de garde un week-end que les malades sont laissés pour compte. Il vient toujours à 12 heures les samedis et à 14h les dimanches au motif soit disant qu'il est pasteur. Où se trouve le sacerdoce ? A-t-on à cœur le serment d'Hippocrate ? C'est le chirurgien le plus paresseux et il n'aime pas son travail. Il détourne les petits matériels vers sa clinique

Quant au Surveillant de ce service qui se dit protégé et ami du Directeur, « il navigue à vue et ne manifeste aucune expérience. Quand les dotations de matériels arrivent, il s'associe au chef-service pour détourner une partie vers la clinique privée du Chef-service pendant que le service manque de produits pour soigner les malades

***Source** : Extrait d'une parution anonyme ; 2012*

Conflits généralisés et de longue durée entre Gouvernement et Syndicats **:** Les cinq dernières années ont connu des turbulences générales au sein de l'ensemble des structures sanitaires et hospitalières du Bénin. Des grèves généralisées ont créé des ruptures souvent partielles ou totales de longue durée des soins et services de santé. A plusieurs reprises, les hôpitaux publics ont été déclarés morts et il convenait de les

ressusciter.

La grève de 2008 qui avait duré au moins trois (03) mois avait pour motifs la revendication de réformes structurelles afin que les hôpitaux soient dirigés par des spécialistes qui connaissent les besoins, et la revalorisation de la fonction médicale. Un protocole d'accord entre le Collectif des Praticiens Hospitaliers (CPH) et la délégation du gouvernement est conclu au terme des négociations des 17, 19 et 22 mai 2008.

Le non-respect par le gouvernement du protocole d'accord sur la prime de spécialisation, la revalorisation de l'indemnité de logement et l'octroi de la prime d'expertise a entraîné les médecins à organiser une série de grèves avec ou sans services minimum depuis 2008 à 2013.

Les manifestations violentes de 2010 avec pour motif la revendication par les paramédicaux des primes de risques régulièrement payées aux médecins. Cette prime d'un montant de 100.000 francs pour le corps médical est régulièrement payés aux médecins tandis que les paramédicaux continuaient d'être pays à 6500 francs, alors qu'ils étaient ensemble avec les médecins pour la même lutte.

Quelques perceptions d'acteurs non sanitaires :

« Bien entendu, la grève est un droit du syndicat. Mais il n'en fait recours que dans les cas extrêmes. Le problème de la prime de risque regard du grand brouillard qui plane sur le dossier est encore loin d'être casé au rang des cas extrême nécessitant la grève. Le Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou et les autres

Centres Hospitaliers Départementaux ployaient sous le poids des gémissements, des pleurs et des cris de détresse car les malades sont abandonnés et la mort les atteignaient librement » (H. K.M. 2010).

Les interprétations : Elles n'ont pas été à la faveur d'une bonne gouvernance car les ministres font « deux poids et deux mesures en ce qui concernent le respect des contrats issus des négociations syndicales. Quand une décision est prise au profit de tous les agents de santé, la corporation médicale a toujours été la plus avantagée et le plus vite satisfaite, laissant de côté les corporations paramédicales. Des experts des questions syndicales ont clarifié que la prime de risque n'est pas prime de responsabilité et que par conséquent l'en attribuer aux seuls médecins se dérobe à tout fondement légal.

Le dialogue social comme moyen de résolution des crises : L'organe ministériel compétent pour l'organisation du dialogue social est le Conseil Sectoriel pour le Dialogue Social (CSDS) du Ministère de la santé. Cet organe a réuni en son temps les représentants syndicaux pour mettre fin aux grèves perlées dans le secteur santé. Les travaux de ce conseil ont porté sur la révision des statuts de certaines catégories d'agents de santé, l'ouverture d'écoles spécialisées et de nouvelles écoles de formation complémentaire pour les paramédicaux, la poursuite du paiement des salaires aux agents à statut précaire non encore reversés. « Je me ferai votre porte-parole auprès du Président de la République pour la prise en compte de nos

différentes doléances », disait le Ministre de la santé en 2013.

7-5-ENJEUX ETHIQUES

Nous envisageons différemment les questions d'éthiques à l'hôpital en ce sens qu'il ne s'agit pas de définir de manière abstraite un certain nombre de valeurs et de règles idéales. Il s'agit plutôt pour nous de considérer les contraintes que rencontrent les soignants et les conditions objectives d'exercices des professions médicales ou para médicales.

En effet, l'idéal éthique des soins infirmiers, place le respect de la dignité et de l'autonomie du malade, ainsi que la sollicitude et l'engagement des soignants au cœur des valeurs, mais comment cela est-il mis ou non en œuvre concrètement ? Cette question posée par LORIOL, M. 2012) trouve sa réponse chez MAX WEBER, un des fondateurs de la sociologie, qui estimait que le scientifique doit rejeter tout jugement de valeur, mais que cela ne doit pas l'empêcher de comprendre le rapport aux valeurs des personnes étudiées, c'est-à-dire comment elles se forgent leurs règles morales, comment elles définissent ce qui est bien ou mal en fonction de la situation, des contraintes, des échanges avec les collègues, etc.

Faudrait-il toujours culpabiliser le personnel soignant ?question posée par un agent de santé.

L'agent de santé est souvent culpabilisé pour son épuisement professionnel. Celui-ci s'investit trop, et surtout émotionnellement auprès des malades, courant le

risque d'épuiser ses réserves d'énergie et d'empathie. Pour s'en protéger, il va donc peu à peu se désinvestir de la relation avec le soigné jusqu'à le déshumaniser ou le considérer comme une chose plutôt qu'une personne. Ce faisant, il perd ce qui fait la richesse et l'intérêt de son métier, la fierté de faire un travail de qualité, c'est ce que les psychologues appellent la « perte d'accomplissement professionnel qui fait l'objet d'une théorie psychologique, celle du *burn out*». Pour éviter cela, le soignant doit trouver la juste distance entre trop et trop peu dans sa relation avec le malade. On peut aussi considérer cela comme une question d'engagement et de morale personnelle par rapport à ce qui serait une norme morale universelle : « Telle type de prise en charge est suffisamment bonne dans l'absolu ». Mais la réalité est plus complexe et l'expérience et l'observation montrent que ce niveau d'engagement dépend à la fois du contexte, de l'organisation et des moyens disponibles, mais aussi de normes collectives validées par le groupe de travail, des représentations sociales en vigueur dans le service. Nous pouvons expliquer cela en considérant que la mort n'y est plus vue comme un échec, le succès est redéfini comme un accompagnement vers « une mort apaisée » avec une douleur contrôlée, le patient est sensé passer par plusieurs étapes (choc, déni, colère, marchandage, dépression) avant l'acceptation. Dans les services pionniers, les moyens en effectifs, en locaux et matériel, mais aussi la sélection des soignants et des patients faisaient que ce type d'accompagnement pouvait marcher suffisamment souvent pour que les infirmières aient le sentiment de faire un bon travail, de pouvoir suffisamment mettre en accord leurs valeurs morales

(l'impératif moral de tout faire pour soulager le malade) et leur actes.

L'éthique professionnelle exige que tous les patients soient traités et pris en charge de la même façon, le fou extrêmement sale et agité comme le couturier calme et poli. Les soignants cherchent donc, de façon formelle ou informelle, souvent collectivement, à faire correspondre le plus possible, leurs pratiques quotidiennes et leurs valeurs professionnelles. Mais ils peuvent se heurter à d'autres conceptions du travail bien fait, de la qualité et de la valeur des soins. De par leur formation, mais aussi du fait de leur position dans la division du travail hospitalier, médecins, infirmières, aides- soignantes, gestionnaires ne partagent pas forcément les mêmes points de vue, les mêmes objectifs. D'où de possibles conflits et rapports de force pouvant prendre des formes très différentes d'un service à l'autre.

Défi et contraintes liées à la qualité et à la maîtrise des dépenses de santé : A l'hôpital comme au Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau, la maîtrise des coûts conduit à reporter sur les soignants la gestion quotidienne des files d'attentes, des pénuries, du tri des patients, ce qui peut parfois conduire à la maltraitance et va à l'encontre de leurs valeurs les plus profondes. Pour se protéger, certains soignants peuvent être amenés à se réfugier dans le respect formaliste des règles, le travail bâclé, les tâches administratives, dans un cercle vicieux bien décrit par les théories du *burn out*. La perception de la tâche, des contraintes, dépend en effet du sens donné au travail, à la mission (définition du « vrai travail », des « tâches indues ») et des moyens disponibles. Par exemple dans les services de soins

palliatifs, l'accompagnement des mourants peut être vécu comme une activité plus supportable, voire qui a du sens, car les soignants y ont du temps pour discuter ensemble des buts de leur travail (réussir un accompagnement vers une « mort apaisée »), des moyens (locaux adaptés, sélection des malades les plus adaptés au type d'accompagnement envisagé, etc.). D'un point de vue strictement comptable, les soins palliatifs sont peu « efficients » (ils coutent chers et les malades y meurent), même s'ils peuvent jouer un rôle humain de premier plan.

Une vision comptable de l'efficience peut entraver la construction d'un sens collectif partagé. Dans l'absolu, il est toujours possible d'en faire plus pour le malade ou sa famille et seul le collectif de travail permet de définir la bonne distance entre trop ou pas assez d'investissement dans le travail. Sans de tels repères, les soignants risquent vite de culpabiliser ou alors de se désinvestir pour éviter le risque d'épuisement émotionnel. D'autant que la reconnaissance sociale des efforts d'investissements réalisés peut sembler imparfaite si seule une facette de l'activité est prise en compte. Les formes informelles de régulation et de gestion des difficultés dans le travail, basées sur l'entraide, le don de soi (pour les collègues, les patients, etc.), sont remplacées par des régulations formelles, voire impersonnelles.

Enfin, les discussions informelles entre membres d'une même catégorie de métiers sont à encourager pour définir ensemble ce qui est bon, juste, acceptable de faire dans tel ou tel type de situations afin de ne pas se sentir seul face à des dilemmes éthique souvent difficiles, d'avoir le plaisir de sentir que les valeurs

auxquelles on croit et qui motivent nos efforts sont partagées par les autres, de reconnaitre l'autre et de se faire reconnaitre comme quelqu'un qui fait bien son travail.

Les choix éthiques sous contraintes (notamment économiques), les priorités comme les limites à ce qui peut être fait (ou non) pour le malade, doivent être discutés publiquement, ouvertement, de façon à ne pas laisser les individus face à des dilemmes qui les dépassent, à ne pas les culpabiliser et les démotiver.

Comportements non-éthiques, source de dysfonctionnement : Nous distinguons parmi ceux-ci des comportements *évidents* et des comportements subtils.

Les comportements évidents : Les comportements les plus évidents sont par exemple la corruption et les paiements de facilitation. La corruption c'est le fait d'accepter ou proposer des paiements en espèces ou des services (y compris les cadeaux et invitations) à des usagers en contrepartie de sa prestation de service ; ou d'accepter ou proposer en toute connaissance de cause de tels paiements par le biais de tiers.

Les comportements subtils : Ils sont les plus nombreux et s'expriment en ces termes d'attitude sélective à l'égard des patients, du non-respect du consentement des malades, du manque d'esprit de collaboration entre personnels de santé, du non-respect le secret médical, de l'abus du pouvoir de soigner (Les sages-femmes et les infirmiers se comportent souvent comme des douaniers en quête d'argents contre leurs prestations), de la vente illicite de médicaments et de produits de première

nécessité (phénomène généralisé), du détournement des médicaments achetés par les malades, du rançonnement des malades, du détournement du bien commun (disparition frauduleuse d'ingrédients fournis aux services pour leur entretien, et même des équipements biomédicaux demandés et fournis pour accomplir des actes spécifiques), et le détournement des patients vers les structures privées de soins.

Ces comportements font obstacle à la bonne gouvernance clinique en masquant les efforts de l'administration pour d'une part améliorer les conditions de travail des agents de santé et d'autre part donner à l'hôpital son image de marque. La subtilité de nombreux comportements ne permet pas à l'administration d'identifier les personnes fautives afin de leur infliger des sanctions correspondantes. Ceux qui par malchance ont été surpris en flagrant délit ont toujours été sévèrement punis.

CHAPITRE 8 :

PROMOTION DE LA BONNE GOUVERNANCE

Malgré les difficultés que connaissent les autorités politico-administratives, elles ne cessent de mettre en œuvre des stratégies pour améliorer leur mode de gouvernance.

8-1 LA CONTRACTUALISATION

La contractualisation est une démarche, un processus qui amène les acteurs du monde de la santé à l'évaluation permanente de cette relation seront les garants de sa réussite (**PIERROT, ROODENBEKE 2005**). La diversité des possibilités contractuelles fait la richesse de cette approche. Les contrats impliquent un recours à la négociation, entente gré à gré entre des partenaires qui se connaissent déjà, formes qui empruntent davantage aux relations commerciales basées sur l'appel d'offre et la mise en concurrence des prestataires. La contractualisation résulte de l'intervention des acteurs extérieurs au secteur de la santé, ce à cause de l'importance croissante des hôpitaux, en vue d'améliorer l'état de santé des populations.

La démarche contractuelle place le débat de la performance des organisations sur le thème de l'efficacité des relations et non pas sur la nature des organisations.

Il est largement démontré que des organisations de natures très différentes peuvent obtenir un niveau de performance élevé si le système dans lequel elles existent assure une cohérence entre les finalités des organisations et les modes de régulation.

La contractualisation sous-entend que chaque groupe d'acteurs assume sa responsabilité autour d'un dialogue qui permet de faire valoir ses points de vue. Elle concerne potentiellement toutes les personnes physiques ou morales qui œuvrent pour la santé des populations. Il s'agit du personnel de la santé publique, des collectivités locales ou territoriales, les institutions de soins. Elle concerne aussi les fonctions d'un système de santé notamment la prestation des services non médicaux (maintenance, entretien, restauration, gardiennage, gestion, formation etc.), les biens reliés à la santé comme les moustiquaires imprégnées, les sels de réhydratation.

Dans ce processus de contractualisation, l'Etat joue un rôle incontournable de régulation en dehors de son éventuelle implication directe dans une relation contractuelle spécifique.

Enfin, Il convient d'évaluer la contractualisation à l'aune de son objectif.

La politique de l'hôpital, basée sur une analyse détaillée de sa situation, lui permet de déterminer les axes de la contractualisation à développer à court et moyen terme. Ce potentiel sera d'autant plus important que l'hôpital disposera d'une autonomie sur l'utilisation des facteurs de production tout comme sur son

mode de production. Avec la contractualisation, une relation client/prestataire est au cœur des échanges tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital.

8-1-1 La contractualisation externe

Contractualisation entre la Direction hospitalière et les acteurs externes : Il s'agit de *la contractualisation verticale en aval* **:** Elle concerne les relations que l'hôpital développe avec les acteurs extérieurs en ce qui concerne la fourniture des ressources nécessaires pour sa production. Elle concerne les inputs matériels (matériels médicaux et chirurgicaux, les consommables divers (eau, électricité, téléphones, produits d'entretien etc.), les intrants humains dont le fournisseur principal est le Ministère de la santé et le Ministère de la Fonction publique qui se partagent les rôles en matière de recrutement, des mutations, ici, l'hôpital autonome devient le principal.

***Encadré 19** : Contractualisation du service de nettoyage au Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau*

Le Centre Hospitalier départemental de l'Ouémé et du Plateau a contractualisé les activités d'assainissement (balayage et sarclage de la cour, évacuation des déchets généraux ou ménagers à l'Association VILLE PROPRE (AVP). Cette contractualisation s'impose à la Direction hospitalière du fait des contraintes physiques que l'activité impose, aux agents de santé. Les difficultés liées à ce contrat est le non-respect des délais dans le paiement des prestations, créant ainsi de graves problèmes d'insalubrité au sein de l'hôpital. Aussi, le constat est la difficulté pour l'Association de respecter les normes d'hygiène pour éviter la propagation des microbes au sein de l'hôpital. D'autres difficultés concernent l'incapacité de l'Association à respecter le rythme des enlèvements en période de pluies ou les marécages transformés en dépotoirs sont excessivement remplis.

***Encadré 20** : Contractualisation de la restauration du personnel de santé*

Au Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau, les plaintes successives des agents de santé de garde au sujet de la qualité peu acceptable des repas qu'on leur donne, a amené la Direction hospitalière à opter de confier la restauration du Personnel à une structure extérieure ayant une représentation locale à l'hôpital. Les repas fournis sont systématiquement emballés et protégés contre les vecteurs.

Le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau a externalisé les processus ci-après :

- l'assainissement de la cour de la cour de l'hôpital avec l'évacuation des déchets dits généraux, responsabilité confiée à l'Association Ville-propre depuis 2005 et qui continue à ce jour ;
- la fourniture des aliments ou denrées alimentaires par de nombreuses vendeuses ou revendeuses ;
- la fourniture de certains matériels, médicaments et réactifs fournis par une variété de personnes impliquées dans les échanges marchandes (affairisme) ;
- la restauration du personnel lors des séminaires de formation ou de recyclage confiée à deux services traiteurs connus de tout le personnel ;
- la sécurité des biens et des personnes 24h sur 24h confiée à la société INTER-CONTINENTALE.

La contractualisation avec des ordres religieux : le catholicisme et l'islam : Ce contrat négocié par les responsables de ces ordres religieux permet d'officier des célébrations cultuelles au sein de l'hôpital. Il existe aujourd'hui une chapelle dans laquelle des messes sont dites en semaine, les dimanches et les jours de fêtes en faveur des malades. Aussi, une mosquée y est récemment construite pour satisfaire les besoins de prière des patients musulmans.

Des messes sont organisées par mois et à chaque fin d'année pour les patients. Elles offrent l'occasion au clergé de sensibiliser les responsables administratifs sur la nécessité d'entretenir la bonne gouvernance, celle qui contribue à la promotion du respect du bien commun et celle de la qualité des soins prodigués aux malades.

En effet, la finalité du pouvoir politique devrait être la promotion du bien commun qui est un principe fondamental de la doctrine de l'église catholique. Ce principe s'oppose aux tendances égoïstes aux intérêts particuliers. «Dieu a destiné la terre et tout ce qu'elle contient à l'usage de tous les hommes et de tous les peuples, en sorte que les bien de la création doivent équitablement affluer entre les mains de tous, selon la règle de la justice, inséparable de la charité».

L'hôpital ne fait pas de distinction entre les religions et de la même manière, l'agent de santé ne doit pas mettre la religion en avant des soins aux malades ; cela se dit souvent lorsque nous avons tendance à laisser les malades pour assister à un culte religieux. Toutes les religions chrétiennes manifestent leur présence à l'hôpital par des visites de prières rendues aux malades dans les salles d'hospitalisation.

8-1-2 La contractualisation interne

La contractualisation externe se conçoit dans une structure hospitalière disposant d'un système d'information minimal retraçant les activités, les

recettes et les consommations de moyens. Le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau dispose d'un tel système du fait de l'existence d'un dispositif légal qui légitime les positions de chacun selon le schéma ci-après :

- la Direction assure, sous la responsabilité d'une autorité supérieure (Conseil d'Administration) la conduite de l'hôpital. Elle fixe les lignes directrices, les objectifs à atteindre et elle est responsable de l'allocation et de l'utilisation des moyens ;
- les services sont organisés avec un responsable à leur tête. Ils sont en mesure de déterminer comment atteindre les objectifs et comment utiliser au mieux les moyens mis à leur disposition.

Le contrat est dans l'ensemble un contrat d'objectifs rédigé par les acteurs eux-mêmes au cours d'un séminaire d'une semaine organisée dans le cadre du Management de la Qualité ISO v 2008.

La contractualisation avec les usagers : Elle n'existait que avant 2012 les tacitement et que les parties prenantes ne connaissent pas en réalité leurs droits et leurs devoirs afin de les respecter. Les agents de santé doivent fournir des soins de qualité aux patients et que les autorités de l'hôpital doivent organiser des enquêtes de satisfaction auprès des usagers afin d'améliorer la qualité de l'offre de soins. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, une institution délivrant des soins personnes n'a de raison d'être que si les bénéficiaires sont satisfaits (OMS ; 2000). Ces dernières années, le Ministère de la Santé a

édicté et vulgarisé deux documents faisant office de normes relationnelles entre soignants et soignés.

Le premier intitulé «**Guide des normes et des bonnes pratiques**» est à l'usage des professionnels de la santé exerçant au Bénin aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. C'est un condensé des bonnes pratiques recommandées dans l'exercice de la profession médicale et paramédicale dans notre pays.

Le second intitulé « **Guide du patient** » est un livret mis à la disposition de tous les citoyens béninois, potentiels bénéficiaires des soins de santé dans les formations sanitaires. C'est un récapitulatif des informations essentielles sur les règles et pratiques auxquelles on devrait s'attendre lorsqu'on est admis dans un centre de santé ou un hôpital. Avec cet outil, le bénéficiaire de soins partagera dorénavant avec le professionnel de la santé, les bases d'une meilleure compréhension pour une amélioration des prestations médicales.

Ces deux documents qui ont été acheminés vers les centres de santé n'ont pas fait l'objet d'une explication et d'une appropriation par les parties prenantes.

Au Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau, les relations contractuelles entre les usagers et les agents de santé ne sont pas formalisées comme dans d'autres pays. Le contrat devrait préciser les obligations de l'hôpital et surtout celles des professionnels de santé vis-à-vis des usagers. Il comportera un volet important en relation avec l'éthique et

l'information du patient. La **Charte du patient hospitalisé** adoptée par la France et le **Serment d'Hippocrate illustrent les démarches réglementaires.**

Tableau XXIII : Charte de la personne hospitalisée

N°ARTICLE	CONTENU
1-	*Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prend en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.*
2-	*Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de la vie.*
3-	*L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.*
4-	*Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.*
5-	*Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et*
	l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
6-	*Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit, son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.*
7-	*La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.*
8-	*La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées, son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.*
9-	*Le respect de la vie privée est garanti à toute personne sans que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.*

10-	*La personne hospitalisée ou ses représentants légaux bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.*
11-	*La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, il existe une commission chargée des relations avec les usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander la réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.*

Source : MS / DHOS, 2006

Cette charte est un référentiel pour l'évaluation des relations entre soignants et soignés. La qualité des soins de santé n'est pas que production des professionnels de santé ; les usagers qu'il est avant tout une personne avec droits et devoirs. La Charte du patient hospitalisé est un instrument juridique dont le personnel de santé a besoin comme un cadre référentiel pour tout agent de santé. L'absence de celui-ci au Bénin et le non engagement de la Direction des hôpitaux à la mise en place d'un tel instrument ne fait que favoriser le développement anarchique d'attitudes et comportements défavorables aux patients. Et même les patients y jouent un grand rôle du fait des points de vue qu'ils développent spontanément sur plusieurs aspects de la culture hospitalière. Cette dimension est d'autant plus importante que les autres, du fait qu'elle fait appel à la conscience des professionnels. C'est elle qui façonne leur humanisme et détermine la façon dont ils gèrent le quotidien. Bien qu'exprimée dans le Serment d'Hippocrate, le personnel de santé l'a très peu intériorisée et la vit le plus souvent contrairement à son contenu.

***Encadré 21** : Serment d'Hippocrate selon LITTRE*

Je jure par Apollon médecin, par Esculape et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, et je les prends à témoin que, dans la mesure de mes forces et de mes connaissances, je respecterai le serment et l'engagement écrit suivant :

Mon Maître en médecine, je le mettrai au même rang que mes parents. Je partagerai mon avoir avec lui et s'il le faut je pourvoirai à ses besoins.

Je considérerai ses enfants comme mes frères et s'ils veulent étudier la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je transmettrai les préceptes, les explications et les autres parties de l'enseignement à mes enfants, à ceux de mon Maître, aux élèves inscrits et ayant prêté serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.

Dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible.

Jamais je ne remettrai du poison, même si on me le demande, et je ne conseillerai pas d'y recourir. Je ne remettrai pas d'ovules abortifs aux femmes. Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans la pureté et le respect des lois.

Je ne taillerai pas les calculeux, mais laisserai cette opération aux praticiens qui s'en occupent.

Dans toute maison où je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être une cause de tort ou de corruption, ainsi que toute entreprise voluptueuse à l'égard des femmes ou des hommes, libres ou esclaves.

Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret.

Si je respecte mon serment sans jamais l'enfreindre, puissé-je jouir de la vie et de ma profession et être honoré à jamais parmi les hommes. Mais si je viole et deviens parjure, qu'un sort contraire m'arrive ! »

Ecart entre théorie et pratique du serment : lorsqu'un patient a connu l'évolution de la médecine depuis les structures hospitalières urbaines de la première génération à celles de nos jours, il se met à formuler des comparaisons

en faisant peser les bonnes appréciations de la cote de la médecine ancienne. Le serment d'Hippocrate a été plus vécu dans le passé que de nos jours.

Les réflexions de BROSSARD (1981), chirurgien dans un hôpital thaïlandais, devenue elle-même malade à un âge avancé et soignée par d'autres de sa corporation, en valent autant :

« *La médecine d'aujourd'hui se déshumanise. La médecine ancienne, humble et bonne, disparaît pour céder la place à l'ère des ''nouveaux Mandarins''. La médecine moderne n'a plus la même approche du malade. Autrefois, le médecin en face de la souffrance calmait avec de l'aspirine, des cataplasmes, ce qu'il pouvait ; et quand il n'avait plus rien à offrir, il calmait par sa présence. Il restait là, il prenait la main et oubliait le temps. Seul le médecin qui a fait de la maladie l'objet de son métier peut comprendre et agir. Rassurer le patient et le monde qui l'entoure. Expliquer les raisons du mal afin de rendre la guérison plus facile. Le réconfort du cœur est le meilleur remède…etc. De nos jours, la raison prend le pas sur la complicité bienveillante. Les dieux de la science orientent désormais les rapports entre les hommes. Le savant omniscient porte des diagnostics irréfutables à l'aide des machines ultra perfectionnées. L'erreur n'est plus un droit mais une hérésie. Pourtant le hasard existe toujours et je l'ai rencontré*».

Pour elle, la prestation médicale n'est plus mythique comme avant, mais rabaissée au rang d'un produit de consommation courante. La médecine est

devenue une entreprise commerciale régie par des rapports d'argent. Le médecin vend sa connaissance et le malade achète la guérison.

Pour achever son commentaire, elle se pose la question de savoir qui est responsable de cette situation. Elle dit du médecin qu'il est victime d'une époque où, pour survivre devant une compétition grandissante et des charges croissantes, doit travailler sans cesse pour obtenir des titres et gagner sa vie. Nous en sommes tous responsables disait-elle, et, pour nous défendre contre une telle évolution qui tend à nous détruire, il nous faut retrouver la vérité des mots et la simplicité du cœur. Pourtant ce serment est de tout temps prononcé à la remise de diplômes aux nouveaux médecins, infirmiers et sages-femmes à la Faculté des Sciences de la Santé ou à l'Institut National des Infirmiers et Sages-femmes du Bénin. Le nouveau médecin qui sort fraîchement de la faculté ne veut pas servir dans le public où vont les pauvres, mais tend plutôt vers le privé où il pense gagner mieux sur ses honoraires. Les indigents ne peuvent pas aller vers les structures privées où les soins coûtent extrêmement chers et, si par hasard un patient quelconque y va pour leur proximité ou par ce qu'il y a une connaissance, il épuise toute son économie et se crée pour la suite d'autres problèmes. C'est le cas d'un maçon qui, pour avoir fait suivre sa femme en état de grossesse au domicile d'une sage-femme qui travaille au Centre Hospitalier départemental de l'Ouléma et du Plateau. Au cours de la phase d'accouchement, la sage-femme a connu des difficultés l'obligeant à évacuer sa

parturiente vers la grande clinique privée de gynécologie et d'obstétrique de la ville de Porto-Novo. La prise en charge de cette patiente pour la césarienne a coûté environ quatre cent mille (400.000) francs, me confiait son mari, alors que la césarienne est rendue gratuite dans tous les hôpitaux par le gouvernement béninois afin de réduire la pauvreté et limiter les décès infantiles et maternels. Tout cela n'est que contraire au Serment d'Hippocrate Toutefois le serment d'Hippocrate n'est pas immuable ; il a été adapté aux croyances de la chrétienté. Certains changements ont été apportés par la force des circonstances pour prendre en compte les victimes de fléaux. Dans de nombreuses versions du serment, les concepts étrangers à la médecine ont été supprimés et d'autres idéaux chers à la société contemporaine y ont été introduits. Citons par exemple le principe de l'autonomie du patient et la notion du droit du patient qui sont essentiels aujourd'hui. De même, les relations médecin-patient ont évoluées : des concepts comme celui du consentement éclairé ont pris de l'importance et l'on conçoit donc que peu de facultés de médecine présentent encore le serment d'Hippocrate sous sa forme originelle. La plupart des versions modernes ne prévoient aucune sanction en cas de son non-respect.

8-2 LES INTERFACES

Le contrat d'interface est un contrat relationnel qui met en commun les

partenaires intervenant dans des processus complémentaires, afin d'améliorer la qualité de leurs prestations. Le contrat d'interface est un document qui porte les résultats des négociations des parties prenantes à un débat d'interface. La mission de l'interface est d'animer l'espace de communication qui a été mis en place lors de la phase de préparation du contrat, voire de présenter aux futurs partenaires un projet de contrat ou une structure de contrats qui constituera les bases de discussion ou de négociation.
Par exemple, le Directeur de l'hôpital, avant de prendre service, prépare un discours de prise de service dont le contenu exprime des contrats d'objectifs à atteindre et d'activités à mener.

Les interfaces sont des réunions qui opposent deux groupes ou deux services ayant des missions communes ou parallèles. Par exemple, les services de laboratoire, de la maternité et de la pédiatrie interviennent ensemble autour des mères et des enfants de 0 à 5 ans. Quant aux patients et agents de santé, ils constituent un système de relation où l'un est donneur de soins et l'autre en est le receveur.

8-2-1 Interface Patients – Personnels de santé

Il ne s'agit pas ici d'une interface préalablement formalisée par un contrat Il s'agit ici plutôt de propos recueillis au cours des enquêtes qui, après étude, vont générer des contrats de service.

Tableau XXIV : Discours d'interface Patients –Personnels de santé

Patients/clients	Agents de sante
Le personnel de santé ne nous accueille pas bien. Certains ne nous saluent même pas à leur arrivée au service alors que nous étions la avant eux A la maternité, les sages-femmes crient trop sur nous. Certaines nous obligent à leur donner de l'argent après l'accouchement Temps d'attente trop long devant les caisses de prestation et devant les cabines de consultation médicale	A notre arrivée, les patients sont déjà nombreux, assis sur les bancs et d'autres debout. Il est vrai quand nous sommes déjà en retard, nous nous pressons pour nous habiller et commencer les consultations. Si nous crions sur nos parturientes, c'est parce que nous voyons cela nécessaire. Nous crions pour faciliter le travail d'accouchement car c'est un processus dynamique qui s'oppose souvent à femme qui ne veut pas dut faire l'effort de pousse.
Médicaments pour les premiers soins d'urgence indisponibles au service des urgences et tris. Il faut toujours courir vers les pharmacies de la ville pendant que les patients continuent de souffrir et même restent sans soins pour longtemps, même toute une nuit avant l'arrivée d'un médecin. Aussi, nous craignons l'hospitalisation du week-end à cause de la faible probabilité d'avoir un médecin pour notre prise en charge	L'hôpital mettait à la disposition de certains services comme celui des urgences, de gynécologie et obstétrique une trousse d'urgence de médicaments qui permettaient de soigner et de maintenir en vie certains patients avant que les n'achètent les premiers médicaments. La mauvaise gestion de cette trousse par le personnel a conduit à l'abandon du système de prévention. Références tardives pour certaines urgences pédiatriques et obstétricales
Trop d'ordonnances médicales contribuant à réduction du pouvoir d'achat des médicaments. Situation amenant certains patients à vouloir sollicite un exeat contre avis médical.	Nous ne pouvons pas faire autrement lorsque nous ne savons pas qui peut ou ne peut pas acheter tel ou tel médicament. C'est ce qui nous amené à négocier avec les patients pour leur trouver des produits de remplacement contre bien sûr de l'argent
L'hôpital nous sert à manger des mets qui ne nous plaisent pas souvent, surtout les thés trop sucres, les pâtes de maïs mal cuites, des poissons déjà en pourriture avant la préparation des sauces.	Le personnel de la cuisine n'est pas compètent pour préparer des mets aux patients et surtout au cas par cas de pathologie.

Trop d'insalubrité dans la salle d'hospitalisation, malgré l'effort des agents d'entretien et aides-soignants. /De même, malgré l'existence de latrines dans la cour, certains gardes malades défèquent la nuit dans des sachets plastiques qu'ils jettent dans la cour ou dans les caniveaux	Nous (infirmiers, sages-femmes) répétons chaque fois la même chose aux usagers et pourtant nous n'observons pas le changement. Il faudrait que les agents d'hygiène jouent efficacement leur rôle de police sanitaire.
Nos enfants ne sont pas en sécurité en pédiatrie ou ils y sont parfois à plus de deux sur un même lit pour des pathologies différentes	Compte tenu de leur nombre qui dépasse la capacité du service de la pédiatrie, nous ne pouvons pas faire autrement actuellement

L'ensemble de ces discours constitue un repère pour l'initiation d'actions concrètes en faveur de l'amélioration des relations soignants/soignés.

8-2-2 Interface Direction et fournisseurs

En début d'année, la Direction hospitalière réunit les fournisseurs pour s'accorder sur les problèmes relationnels et contractuels qui se posent entre eux. Tous ces fournisseurs sont enregistrés sur les fichiers du Ministère de la Santé. Les doléances de la Direction hospitalière concernent le non-respect des délais contractuels en ce qui concerne la qualité acceptable des produits fournis. Dans ces Quant aux fournisseurs, ils sont soumis à la rareté des produits sur les marchés internationaux à cause des problèmes qui remontent jusqu'aux laboratoires de production.

Les résultats de cette négociation montrent que malgré les ententes consensuelles, les difficultés persistent de part et d'autre au point de provoquer des dysfonctionnements dans l'offre de soins. Les agents de santé ne sont pas souvent satisfaits de la qualité de certains produits fournis et quelquefois

refusent de les utiliser.

8-2-3 Interfaces entre services pour la coproduction des soins

Ces séances s'inscrivent dans une approche sociologique propre aux organisations qui veulent évoluer dans le management de la qualité. Celle-ci est interprétée comme un système d'actions dès lors que les participants sont dépendants les uns des autres (Crozier et Friedberg 1992). C'est la mise en évidence du réseau d'acteurs interdépendants qui permet de montrer l'existence d'un Système d'Actions Concrètes (SAC).

Quelques exemples de contrats ou d'interfaces :

Ces contrats sont formalisés au cours des réunions d'interface entre services ou acteurs intervenant dans les mêmes pôles d'activités

Tableau XXV : Schéma d'une réunion d'interface entre la pédiatrie et le laboratoire

INTERFACE		
EXIGENGES DU LABORATOIRE	PRESENTATION DES RESOLUTIONS ET SOLUTIONS POSSIBLES	EXIGENCES DE LA PEDIATRIE

Nous souhaitons que : la pédiatrie nous envoie des demandes d'examens signés d'un médecin, avec précision de date et de l'âge des enfants	Les demandes d'examens seront rédigées comme convenu : signées du médecin, précision de l'âge et de la date	Nous souhaitions que les résultats des examens demandés nous parviennent tôt et dans un délai raisonnable
Que les prélèvements soient immédiatement envoyés au laboratoire portant le nom du patient sur les tubes	Les résultats d'examens urgents seront acheminés à la pédiatrie dans les 30mn à 1h après réception du prélèvement et selon les examens Remettre les tubes aux patients avant qu'ils aillent à la caisse payer	les cultures et les antibiogrammes pour nous aider à prescrire les antibiotiques dans les cas d'infection.

Source : CHD-OP, 2012

Ce diagramme en trois colonnes représente une situation de communication ou de négociation entre deux structures internes partenaires : l'une demandeuse (la pédiatrie) et l'autre fournisseuse de services permet de saisir l'essentiel de la négociation en faveur du développement hospitalier, une résultante de la confrontation des idées émises par les deux groupes.

Tableau XXVI : Exemple de réunion d'interface entre la maternité et le laboratoire

INTERFACE		
EXIGENGES DU LABORATOIRE	**PRESENTATION DES RESOLUTIONS ET SOLUTIONS POSSIBLES**	**EXIGENCES DE LA MATERNITE**

Les sages-femmes ne doivent pas prélever du sang à partir du cathéter car le faire pourrait affecter les résultats. Elles doivent prélever la quantité raisonnable en respectant le ratio anticoagulant et sang. Inscrire le nom de la patiente , l'heure du prélèvement et l'âge de la parturiente sur le bulletin de demande d'examens	Le laboratoire a accepté mettre ces résultats à la disposition de la maternité à l'heure proposée. Selon la décision du gouvernement sur la gratuité du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes, les Gouttes Epaisses (GE) ne seront payées qu'après réalisation du test révélé négatif. Aucun paiement ne sera fait lorsque le test est positif et qu'effectivement le patient souffre du paludisme	Obligation d'avoir les résultats des demandes d'examens d'hématologie avant 13h. Mettre à la disposition de la maternité des tubes pour prélèvement.

Source : CHD-OP-Rapport d'interface mai 2012

Commentaire : les trois services ci-dessus notamment la maternité, la pédiatrie et le laboratoire sont en permanence en situation de coproduction de soins et services de santé en faveur des enfants de o à 5 ans et des femmes en grossesse ou accouchées. Les réunions d'interface sont suscitées par les responsables au fur et à mesure que des problèmes se posent dans les processus de l'offre de soins.

8-2-4 Interfaces chefs services et Direction hospitalière

Plusieurs motifs sous-tendent les rencontres entre les deux parties. Les chefs services négocient la fourniture des intrants lorsqu'ils rencontrent des difficultés à les acquérir au niveau du magasin central et à la pharmacie.

Leurs demandes sont souvent satisfaites car elles expriment une urgence dans les

processus d'offre de soins. Ils ont recours à la Direction pour les produits pharmaceutiques après des difficultés rencontrées à la pharmacie de l'hôpital.

En effet le pharmacien assure la gestion des médicaments, produits et réactifs de diagnostic ; le rôle régulateur qu'il joue en limitant les abus au niveau des services est souvent mal perçu par les prestataires et est souvent source de conflits entre personnel médical et la Direction hospitalière qui connaît bien les abus dans la consommation des produits pharmaceutiques. Ces négociations sont nécessaires et indispensables pour assurer la continuité des soins ou éviter les dysfonctionnements dans l'offre de soins.

8-2-5 Interfaces Direction et Syndicats

Ces interfaces réalisent un cadre de dialogue pour la bonne gouvernance. Généralement, ces réunions sont initiées par le Directeur pour étudier les plates-formes de revendication des travailleurs contractuels. De celles-ci, naissent souvent un pacte alternatif fait d'engagements réciproques pris par les deux parties. L'échec des négociations syndicales entraîne souvent des réactions larvaires et des prises de positions marquées par des actes de violence, silencieux ou manifestes au niveau du personnel : les uns démotivés, refusent parfois de travailler et entraînent leurs camarades à se comporter comme eux : ***c'est le conflit déclenché.***

L'analyse de ces situations conflictuelles montre que les syndicalistes sont et restent peu associés à la prise de décisions concernant l'ensemble du

personnel de l'hôpital.

8-3 INSTITUTIONNALISATION DE L'ASSURANCE QUALITE

La mise en place de l'Assurance Qualité a comporté plusieurs phases :

La phase d'imprégnation : Le début du processus d'institutionnalisation de la qualité remonte à 2005 où l'actuel Ministre de la Santé, Dr GAZARD, K. avait initié un grand Programme de revalorisation du Secteur santé, un programme dont la réalisation n'a été que timidement poursuivie après sa mutation. En créant la Direction National des Etablissement Hospitaliers, celle-ci donne un souffle et un élan exceptionnel au développement du sous- secteur hospitalier.

L'expérience du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau a débuté la même année avec la création d'une unité focale chargée d'animer les groupes de réflexion sur le développement de l'hôpital. Cette période a connu de succès quant à l'information et la formation du personnel sur l'Assurance Qualité des soins et le développement de l'hôpital. En plus des formations organisées à l'interne, il y a celle organisée en novembre 2008 par le Ministère de la santé et à laquelle le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau a été représenté par deux responsables dont moi- même. Plusieurs communications ont été organisées et réalisées au profit du personnel de santé sur des thèmes concernant l'Assurance Qualité. Les Directeurs qui ont managé

l'hôpital depuis ce temps ont intégré dans leurs objectifs et stratégies le développement de l'Assurance qualité des soins. Ainsi, chacun a au moins réalisé jusqu'en 2010 un audit à blanc suivant les normes ISO 9000 ou 9001 en matière de l'organisation de l'offre de soins. Certains services étaient ciblés notamment la pédiatrie et la maternité où les grands problèmes d'organisation se posaient et où les taux de décès maternels et infantiles étaient les plus élevés.

La phase de consolidation : Elle a commencé au deuxième semestre de l'année 2010 avec la réalisation par étape du projet de certification de la pédiatrie**.** Ainsi en août 2011, il y a eu la création du Comité de pilotage du Système de Management de la qualité composé de seize membres dont le Directeur du CHD-OP (Président), le Médecin-chef de la Pédiatrie (vice-président), le responsable de la Cellule Qualité de l'hôpital. Tous les membres sont essentiellement des chefs de services médicotechniques. A cette phase, la Direction de l'hôpital a organisé plusieurs formations sur le Management de l'Assurance qualité des soins et services, au profit des membres de l'Equipe de pilotage et des pilotes des processus identifiés.

Les fonctions exercées à cette phase sont celles qui permettent de soutenir le système de management de la qualité, notamment :

- le renforcement des capacités par la formation du personnel et la supervision ;
- la communication par l'amélioration du document et la diffusion des

informations ;

- la récompense pour le travail bien fait.

Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du Système de Management de la qualité :

- la disparition progressive des valeurs fondamentales comme le travail en équipe, l'accès direct à l'information, l'évitement des accusations, l'implication des clients/usagers et l'acceptation du changement ;
- la faiblesse des leaders ou pilotes dans la mise en œuvre du processus, ceux-ci expliquent leurs difficultés par le fait de cumuler plusieurs responsabilités. Par exemple, certains devant répondre aux urgences de soins, ne participent pas aux réunions contre leur gré. Certains n'arrivent pas à mettre à la disposition de leur personnel les ressources matérielles nécessaires à la réalisation des processus de soins. D'autres ne communiquent pas les formations qu'ils ont reçues à leurs collaborateurs. L'autre facteur qui n'est pas le moindre est la mutation de certains agents pilotes de processus que nous pouvons aussi appelés ''Agents du changement'', sont affectés de l'hôpital vers un autre situé dans un autre appartenant à un autre département.

Il faudrait aussi citer les admissions à la retraite de ces agents déjà formés que l'hôpital a du mal à récupérer pour exercer sous contrat. Cette mobilité professionnelle porte atteinte à l'évolution du processus d'institutionnalisation.

La phase de maturation : Elle est caractérisée par la continuité et

l'amélioration des processus. Mais les difficultés ci-dessus citées ne pourraient que l'empêcher d'aboutir. Malgré l'effort de cette maturation soutenu par la Direction hospitalière, le système est resté figé, donnant l'impression d'un système de management bloqué. Il convient de redonner vie à cette démarche en renforçant la disponibilité en ressources humaines matérielles et financières et en améliorant la qualité de l'environnement du travail par l'application des normes d'hygiène hospitalière.

A la fin de cette troisième partie, nous constatons que les problèmes qui affectent l'ensemble des processus et qui constituent un obstacle à la bonne gouvernance sont d'ordre conflictuel et éthique. Au niveau des conflits, les rapports de force sont toujours en faveur de la partie prenante des travailleurs qui réclament leurs droits, bien qu'ils ne fassent pas légitimement et complètement leurs devoirs. L.es problèmes de manque d'intrants sont courants et affectent certains services sensibles, mais n'handicapent le fonctionnement de tout l'hôpital. Tout semble croire que la faible viabilité économique et financière liée pour la plupart au financement d'activités non programmées, est la cause fondamentale du dysfonctionnement de certains services.

PARTIE 4

DISCUSSION ET PERSPECTIVES

CHAPITRE 9

DISCUSSION

Le service public hospitalier est un service pris en charge par l'Etat, répondant en premier lieu à la demande et aux besoins de la population en matière de soins de santé. Cette finalité ne peut être atteinte sans une continuité dans l'espace et le temps. Outre la continuité, le service public garantit l'égalité d'accès aux soins et la sécurité du patient. Le caractère public impose à l'Etat la mise en œuvre des stratégies de réduction de la pauvreté par un appui aux indigents et aux personnes les plus vulnérables. Il est également une forme de participation de l'hôpital à la prise en charge des soins au profit des patients économiquement indigents dans le but est de leur offrir une assistance correcte. La participation est aussi évoquée ici pour rendre compte des dépenses hospitalières non justifiées, occasionnée par l'admission de cas sociaux (sans domiciles fixes, pensionnaires des centres sociaux) dont l'état de santé ne justifie pas ou plus des soins curatifs. Il tire son utilité publique au fait qu'il prend en charge tout problème de santé, sans tenir compte du facteur coût des prestations fournies. C'est pour cela que toute tentative de révision des tarifs a jusque-là échoué malgré la hausse exponentielle des prix des consommables et des équipements sur les marchés publics. Ce déséquilibre ne permet pas de couvrir les charges de fonctionnement de l'hôpital. Avant même

de tenter une quelconque révision, l'attitude première de tout directeur d'hôpital doit être en faveur d'une prudence qui l'amène à savoir ce qui est fait dans des hôpitaux analogues. Les urgences hospitalières ne sont toujours résolues et pour les améliorer, plusieurs stratégies déjà mises en œuvre doivent redéployées, notamment la création des postes de cession des médicaments d'urgence dans certains services comme la pédiatrie, la maternité, la médecine, la chirurgie, le service des urgences et tris.

Le fonctionnement de l'hôpital public n'est pas indépendant des contextes socioculturels, bien qu'il jouisse d'une certaine autonomie. Il s'insère dans un système de structures et de services de santé, puis géré par un représentant de l'Etat, généralement nommé en Conseil des ministres par la Décision ultime du Président de la République. Il est le carrefour de deux modes de gouvernance :

- une gouvernance qui lui est propre caractérisée par son autonomie dans la prise des décisions concernant le personnel de santé, la fourniture de matériels et équipements, l'hygiène et l'assainissement, la qualité des soins, la prise des sanctions, les recrutements ; pour ne citer que ceux-là ;
- une gouvernance étatique à laquelle il est soumis aux textes législatifs, administratifs et financiers, sans oublier ceux relatifs aux droits des patients et aux devoirs des personnels de santé ;

L'impact de la culture traditionnelle sur le système hospitalier est évident lorsque l'on conçoit que l'hôpital représente le point de convergence d'une

multitude de personnes de provenances diverses, chacune d'elles ayant sa manière de penser et d'agir.

Le plus souvent, la culture locale s'oppose à celles des professionnels de santé pour annuler leurs efforts de production de soins de qualité. C'est le cas du transfert des habitudes familiales, ethniques et individuelles dans l'espace hospitalier dans le domaine de l'hygiène hospitalière.

Les gardes malades ne nous comprennent pas souvent les logiques du personnel de santé. Ainsi, malgré l'existence de latrines modulaires dans la cour de l'hôpital, certains usagers préfèrent utiliser les espaces herbeux et les caniveaux pour la déjection des matières fécales. Le problème des poubelles est aussi un exemple de cette inadéquation entre culture hospitalière et culture traditionnelle ; les patients de provenance rurale n'ont aucune connaissance sur le rôle des poubelles hospitalières, ils jettent leurs restes alimentaires à côté des poubelles au lieu de les introduire dedans. Il n'est pas rare de constater un tas de feuilles d'akassa à côté d'une poubelle vide. La mobilité des usagers et leur renouvellement journalier ou hebdomadaire ne favorise pas la réussite des séances d'information et d'éducation pour la santé.

Bref, la « corruption », loin de constituer une simple déviation des normes régissant l'administration publique, peut être érigée en véritable mode de « gouvernance », lorsqu'elle devient la norme et non l'exception (BLUNDO, 2001).

La gouvernance dans le domaine de la santé subit une régulation orientée vers la performance. C'est en ce sens qu'une étude sur la gouvernance hospitalière, la présente, ne saurait occulter la dimension qualité organisationnelle et technique en matière de soins de santé. Les contournements de ce concept ne semblent pas encore être maîtrisés des acteurs du monde de la santé et des espaces de recherches essentielles. Dans le domaine de la santé, elle renvoie comme l'énonce Contandriopoulos A. (2008) à trois idées forces :

- « La première est que le périmètre de responsabilité auquel on s'intéresse n'est plus celui des organisations existantes. Cela à penser à un nouvel espace de régulation collective intégrant des actions dont il faut assurer la coordination et sur lesquelles il faut rendre compte. Ces actions ont des dimensions inter-organisationnelles et interprofessionnelles non réductibles à la sommation des actions de chaque organisation ou de chaque professionnel. La gouvernance oblige à réfléchir à la coordination d'acteurs et d'organisations, qui sont simultanément autonomes et interdépendants pour assurer un accès équitable à des soins de qualité à une population définie et pour contribuer aux politiques intersectorielles de santé » ;

- « La deuxième idée est que la forme de l'action collective doit être repensée car, la gouvernance n'est pas seulement une autre façon de parler de

la gestion ou du management, autrement dit de la prise de décisions en position d'autorité pour organiser de façon optimale des ressources. Elle manifeste la nécessité de tenir compte de la complexité des processus à agencer pour obtenir les résultats attendus. Processus entachés d'incertitudes, qui se déroulent souvent sur de longues périodes et qui reposent sur les jugements de professionnels autonomes et très spécialisés » ;

- « La troisième idée est que les outils habituels du management sont insuffisants pour permettre aux responsables de rendre compte de leurs décisions et d'améliorer de façon continue l'action collective pour assurer la qualité, la sécurité et l'efficience des services. Le concept de gouvernance est indissociablement associé à celui de performance. Pour outiller la gouvernance, il est nécessaire de concevoir et de mettre en œuvre de nouveaux instruments d'appréciation de la performance ».

Dans le cas spécifique de cette recherche sur la Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau, la véracité de ces trois idées nous semble indéniable. Cet hôpital, l'un des plus anciens du Bénin a imposé aux leaders des relations de travail très complexes allant de l'hôpital à l'Etat incluant les ministères, les Partenaires Techniques Financiers, les organisations confessionnelles, pour ne citer que celles-là. Tous ceux-là contribuent collectivement à l'amélioration continue de l'action de la performance hospitalière. De nouveaux instruments de mesure se sont imposés

pour spécifier l'analyse de la gouvernance hospitalière. Les indicateurs d'évaluation que nous avons utilisés sont les textes de loi et leur application, les rôles joués par l'administration dans l'offre de soins, la motivation du personnel de santé et la satisfaction des usagers.

La véritable question à laquelle tous avons tenté de répondre est celle de la démocratisation de la gouvernance hospitalière. Les organes de participation existent et sont fonctionnels, mais leur composition et leur structure nous semblent obsolètes. Par exemple :

- Le Conseil d'Administration est essentiellement composé directeurs départementaux devant juger ou apprécier le fonctionnement de l'hôpital par une consultation critique du Plan de Travail Annuel et du Budget prévisionnel. La faible fréquence de la tenue du Conseil d'administration ne pourrait permettre aux membres de juger de façon plus ou moins correcte les contenus de ces deux documents qui mettent très peu en exergue les nouveaux besoins et services du CHD-OP.

- Le Comité de Direction statutaire de sept (07) membres n'est plus représentatif pour prendre des décisions au nom de l'hôpital. Cet organe est rendu fragile par les considérations subjectives de certains membres à l'encontre de certains agents de santé ou à l'encontre de l'autorité dirigeante. Les difficultés rencontrées par l'autorité dirigeante ont orienté celle-ci vers l'adoption d'un organe assez représentatif du l'ensemble du personnel qui est le

Comité de Direction Elargi aux chefs de services, chefs de divisions administratives, surveillants de pavillons, organisations syndicales et représentants du personnel ; qui est, comme nous l'avions exprimé plus haut une véritable *arène de pouvoir et de contre-pouvoir*.

Au cours des débats ou des négociations sur des problèmes brûlants de l'hôpital, plus un groupe d'acteurs peut parler en toute légitimité au nom du personnel de santé, plus la logique de la régulation qu'il valorise ne pourrait qu'avoir du poids dans les décisions collectives. Tout se passe comme l'a énoncé Bourdieu ; *« l'enjeu de la lutte des classes se situe dans le monopole de la représentation du monde social ; ce qui fait le pouvoir des mots et des mots d'ordre, pouvoir de maintenir l'ordre et de le subvertir, c'est la croyance dans la légitimité des mots et de celui qui les prononce, croyance qu'il n'appartient pas aux mots de produire…le pouvoir symbolique comme pouvoir de constituer le donné par l'énonciation, de faire voir et de faire croire, de confirmer ou de transformer la vie du monde, donc le monde,…ne s'exerce que s'il est reconnu, c'est-à-dire méconnu comme arbitraire. »*

Aujourd'hui, suite aux résultats obtenus de nos analyses, la viabilité hospitalière fondée sur la dimension économique du développement durable est loin d'être atteinte. Lorsque les dépenses sont toujours supérieures aux recettes et que les dettes sont exponentiellement supérieures aux créances, la gestion hospitalière est sans doute difficile à assumer. Dans ce contexte, *il se pose un*

problème fondamental, celui de la gouvernabilité.

En effet, le pouvoir des gouvernants faiblit lorsqu'ils n'ont plus la capacité de satisfaire les besoins de leurs gouvernés. C'est comme un enfant qui a faim et qui réclame à manger, s'il n'est pas rassasié, il réitère à cor et à cri sa demande ; n'est-ce pas là la cause des grèves incessantes en milieu sanitaire et surtout hospitalier au Bénin ? Comme exemple, nous citons la grève sans service minimum de soixante-douze (72) heures renouvelable déclenchée par le Front uni des organisations syndicales de la santé (FUOSS)-BENIN. A partir du 09 novembre 2010 et sur toute l'étendue du territoire national, les agents de santé ont abandonné leurs postes pour vaquer à leurs occupations personnelles. Ils ont déserté les hôpitaux publics et les centres de santé du niveau périphérique. Cette vacance obligée des postes de santé ont permis à tout observateur de faire les constats suivants :

« Les malades abandonnés à leur propre sort, sont évacués par milliers vers les centres de santé privés, et il en était ainsi jusqu'à la fin des grèves ou jusqu'au début de la satisfaction des revendications des travailleurs du secteur santé ».

Fort était de constater que ces grèves se faisaient trois jours ouvrables avec service minimum contre deux jours ouvrables, les lundis et les vendredis où tous les agents de santé se présentaient à leurs postes de travail. Le motif principal des grèves fut le non-paiement des primes de risques au personnel

paramédical alors que ces primes se payaient déjà au personnel médical. La réquisition des agents inscrits dans les équipes de gardes a été la stratégie d'intégration adoptée par les managers hospitaliers pour maintenir le système.

Le développement de l'hôpital aujourd'hui reflète les caractéristiques fondamentales que BRUEL (1998), a décrit dans son livre intitulé ''Politique d'achats et approvisionnement''. Ces caractéristiques s'inscrivent dans une grille d'analyse des niveaux d'évolution ou le stade qu'atteint la structure dans sa dynamique économique et financière. Selon lui, quatre stades d'évolution caractérisent la structure ou l'entreprise :

- Un stade de passivité caractérisé par une simple réponse administrative aux divers problèmes financiers et d'achats. Celui-ci correspond à une routine administrative, une performance équivalente à l'efficience, une absence de communication inter fonctionnelle et une sélection des fournisseurs basée sur la disponibilité par rapport au prix.
- un stade d'autonomie caractérisé par l'usage des techniques et pratiques optimales capables d'induire une performance égale à la réduction des coûts par activité, une coordination des achats par secteur technique, un professionnalisme en management et une contribution au profit.
- un stade de contribution au cours duquel la stratégie générale de l'entreprise est soutenue par une performance égale au rapport

efficacité sur efficience et la capacité pour chaque structure de réaliser ses propres achats.

- un stade d'intégration caractérisée par une contribution active à la stratégie et au management au niveau filière professionnelle. Les indicateurs de cette contribution étant une inter-fonctionnalité des structures ou services, un développement de partenariat avec les acteurs internes et externes, une performance qui s'exprime par une contribution stratégique et des choix structurels par rapports aux profits des hommes.

En rapportant le développement hospitalier à ses quatre niveaux, la mission de rendre des services à caractère public ne permet pas à l'hôpital de réaliser des profits. Cela réduit considérablement son autonomie et son incapacité de satisfaire tous les besoins de son personnel : il n'est donc pas classé au deuxième stade évolutif. De même, cette incapacité de réaliser des bénéfices ou profits due dans notre cas à la stabilité des tarifs devant la cherté des intrants réduit la contribution des structures à soutenir la stratégie générale de l'hôpital. Les profits devraient permettre aux dirigeants de l'hôpital de répondre aisément aux demandes de motivation de leurs personnels. Le paradoxe est que ce personnel considère qu'il participe déjà beaucoup à la création de la richesse de l'hôpital et qu'il faille les motiver financièrement par activité réalisée. Cette façon de penser ou d'agir ne s'inscrit plus dans le cadre d'une institution

publique. Elle s'insère mieux dans le cadre d'une entreprise privée où la prestation est vendue. Dans ce contexte, l'assimilation de l'hôpital public à une entreprise serait plus ou moins grave car les populations les plus démunies n'y seraient plus soignées. L'Etat, en prenant en charge l'acte de la césarienne ou une partie des frais couvrant le traitement du paludisme ne gagnerait rien si les produits devant servir au traitement des malades fussent en grande partie détournés par Les agents de santé.

Le développement harmonieux du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau dépend de comment il est gouverné, c'est-à-dire du charisme des gouvernants ou managers à assumer la bonne gestion des hommes, des équipements et surtout des soins de santé. Aujourd'hui, la crise identitaire que traverse l'hôpital doit être perçue comme un signifiant, face à des menaces imposées de l'extérieur qui entrent en conflit avec ses évolutions endogènes. Une bonne conjugaison des forces internes et externes doit pouvoir favoriser la durabilité et la viabilité hospitalière. Celle-ci dépendrait de l'action sociale définie par PARSONS comme « toute conduite humaine motivée et guidée par les significations que l'acteur découvre dans le monde extérieur, significations dont il tient compte et auxquelles il répond ». L'hôpital public aujourd'hui doit pouvoir puiser dans les systèmes qui lui sont extérieurs les ressources dont il a besoin, à les aménager pour son usage propre et à offrir aux autres systèmes ses propres produits. Il doit aussi poursuivre des buts en

concordance avec ses missions. A cet effet, il doit se fixer des objectifs et se donner un plan d'action qui lui permet de mobiliser les ressources et les énergies afin de les atteindre. Le paradoxe en est la construction de gros plans qui ne tiennent pas souvent compte des priorités qui constituent l'essentiel pour son développement. L'idée de priorité, c'est-à-dire la croyance que l'on peut faire des choix rationnels serait-elle une fiction ? Cette idée n'est ni nette, ni distincte ; elle est conventionnelle pour ceux qui ont la charge de préparer les décisions ou de les faire accepter. Comme le dit PELICIER (1980), « Il est raisonnablement impossible, en effet, de comparer l'utilité des objectifs propres et l'efficacité des mesures envisagées : l'arbitraire, en ce domaine, est chose nécessaire ». C'est un constat que l'administration hospitalière a refusé et presque toujours l'idée de priorité et qu'elle sache que choisir est chose douteuse ; tout paraît important à ses yeux. On reconnaît aujourd'hui qu'on n'a eu tort de ne pas intégrer les hôpitaux dans les financements au profit des centres de santé périphérique ; de ne pas prioriser l'hygiène hospitalière et la qualité des soins dans les plans de développement du secteur hospitalier. En fait la détermination des priorités est chose difficile pour une structure sanitaire qui fait une gestion au pifomètre, sans faire des évaluations pour savoir chaque semestre et chaque année ce qui est fait ou qui n'est pas fait dans son plan d'action. Certains gestionnaires réalisent le choix des priorités en tenant compte de l'enveloppe financière disponible. Cette façon de faire des chefs de services

des affaires administratives et économiques tend à sa généralisation et ne permet pas d'obtenir la qualité attendue des soins. *Il faudrait déjà définir les priorités et les mettre dans les premières lignes de chaque programme du plan.*

Aujourd'hui, suite aux résultats obtenus de nos analyses, la viabilité hospitalière fondée sur la dimension économique du développement durable est loin d'être atteinte. Lorsque les dépenses sont toujours supérieures aux recettes et que les dettes sont exponentiellement supérieures aux créances, la gestion hospitalière est sans doute difficile à assumer. Dans ce contexte, *il se pose un problème fondamental, celui de la gouvernabilité.* En effet, le pouvoir des gouvernants faiblit lorsqu'ils n'ont plus la capacité de satisfaire les besoins de leurs gouvernés. C'est comme un enfant qui a faim et qui réclame à manger, s'il n'est pas rassasié, il réitère à cor et à cri sa demande ; n'est-ce pas là la cause des grèves incessantes en milieu sanitaire et surtout hospitalier au Bénin ? Comme exemple, nous citons la grève sans service minimum de soixante-douze (72) heures renouvelable déclenchée par le Front uni des organisations syndicales de la santé (FUOSS)-BENIN. Démarrée le 09 novembre 2010 sur toute l'étendue du territoire national, les agents de santé ont abandonné leurs postes pour vaquer à leurs occupations personnelles. Ils ont déserté les hôpitaux publics et les centres de santé du niveau périphérique. Cette vacance obligée des postes de santé ont permis à tout observateur de constater que les malades abandonnés à leur propre sort, sont évacués par milliers vers

les centres de santé privés, et il en était ainsi jusqu'à la fin des grèves ou jusqu'au début de la satisfaction des revendications des travailleurs du secteur santé ». Fort était de constater que ces grèves se faisaient trois jours ouvrables avec service minimum contre deux jours ouvrables, les lundis et les vendredis où tous les agents de santé se présentaient à leurs postes de travail. Le motif principal des grèves fut le non-paiement des primes de risques au personnel paramédical alors que ces primes se payaient déjà au personnel médical. La réquisition des agents inscrits dans les équipes de gardes a été la stratégie d'intégration adoptée par les managers hospitaliers pour maintenir le système.

La réduction le temps d'attente des patients est un impératif pour la Direction de l'hôpital pour satisfaire les attentes des usagers.

L'identification et la sélection ou le tri des cas urgents permet aux médecins de mieux résoudre au cas par cas les pathologies, des plus au moins graves. Cette stratégie n'est pas acceptée des profanes qui récriminent souvent contre les médecins. Dans le service des urgences médicales et chirurgicales où ce tri est fait selon les pathologies et leur degré de gravité ; certains malades sont rapidement pris en charge bien qu'ils ne soient pas les premiers assis sur les bancs ; de la même manière qu'en pédiatrie où l'enfant qui présente des signes convulsifs avec détresse respiratoire est immédiatement pris en charge dans une salle réservée à ces cas avant d'être transféré en salle d'hospitalisation. Dans ce cas le temps d'attente est très réduit (inférieur ou égal à 15 minutes).

L’enfant est pris en charge pendant que les parents sont en train de remplir les formalités administratives et financières. Le fait que ce service fonctionne au quotidien avec une seule salle de consultation, un seul médecin et deux infirmiers, le temps d’attente des patients reste et demeure long pour les cas non graves. Pour permettre à l’hôpital de jouer efficacement son rôle dans la prise en charge des urgences, les mesures suivantes doivent être prises :

- Le renforcement de l’effectif des médecins consultants dans les services de médecine et de chirurgie permet de leur offrir un effectif raisonnable de patients pour l’acte de consultation. Dans ces services, un médecin a au plus 10 à 15 patients qu’il reçoit par jour, à raison d’au moins 15 à 20 minutes pour chacun d’eux. Cette stratégie, renforcée par la création de cabinets de consultation pour les spécialités ORL, ophtalmologie, stomatologie, a permis de réduire considérablement le temps d’attente.
- La différenciation des différentes caisses de recouvrement par séparation des recettes liées aux actes de consultation et hospitalisation et celles liées aux médicaments. Actuellement l’hôpital tend vers la décentralisation des différentes caisses pour mettre en place d’unités de recouvrement dans chaque service de soins ou d’hospitalisation.
- La mise à la disposition des services des kits de médicaments conçus pour chaque pathologie permet au personnel soignant de prendre en charge

spontanément et efficacement les urgences dans des services sensibles comme la pédiatrie.

La non disponibilité des lits est l'une des cause d'attente des patients dans des couloirs en attendant le premier patient qui serait en voie de sortir.

Les besoins et la consommation comme système de forces productives. Certains résultats de nos enquêtes de satisfaction constituent expriment de besoins indirectement adressée aux responsables à divers niveaux du système hospitalier ou de la structure hospitalière étudiée. La satisfaction de ces besoins permet à la personne d'être indépendante, et entière. Un besoin non satisfait aura pour conséquence une dépendance vis-à-vis de la satisfaction de ce besoin. Tous ces besoins entrent dans les cinq catégories de MASLOW car chaque besoin est dépendant de facteurs physiologiques, psychologiques, sociaux ou culturels. Par exemple, le besoin de manger est un besoin physiologique, mais l'alimentation dépend aussi de l'état psycho-affectif dont l'anorexie et la boulimie sont les plus connues.

Eu égard à ces besoins intégrés à la santé-maladie, la démarche de soins doit permettre de faire des soins adaptés à l'état du patient. Lorsque cette démarche est comprise par l'ensemble de l'équipe des soignants, elle induit des soins fondés sur des perceptions et non sur des habitudes de gestes routiniers ou systématiques.

La démarche de soins permet d'améliorer la qualité des soins du fait du travail en équipe qui fait intervenir le dialogue et la cohérence des actions entreprises au sein du personnel soignant.

Par rapport aux agents de santé, il faudrait qu'ils puissent travailler dans des conditions qui répondent à leurs aspirations. Il faudrait que leurs besoins physiologiques soient satisfaits par la jouissance d'un bon état de santé. La mise à leur disposition d'un médecin spécialiste en santé au travail et des produits pharmaceutiques préviendraient les absences anarchiques pour raisons de maladies. Il faudrait aussi qu'ils aient une formation post académique qui permettrait à certains – médecins chefs - surveillants de pavillon d'apprendre à manager les situations et les hommes dans le cadre d'une hiérarchie enchevêtrée où les différents niveaux sont en interaction permanente. La satisfaction des besoins du personnel répond à la question de la motivation sociale, c'est-à-dire comment la personne humaine développe-t-elle la motivation nécessaire en vue d'une action orientée ? Une telle question posée trouve effectivement sa réponse à travers la satisfaction des besoins du personnel (ROCHER et PARSONS 1968). En effet, Guy ROCHER trouve qu'une personne en agissant en avec les normes et les valeurs d'une collectivité (sous entendue ici collectivité hospitalière), ou d'une culture, suit en cela sa propre conscience morale et répond à un besoin qu'elle considère « *normal ou naturel ». Une telle motivation n'est pas inscrite dans la nature biologique de*

l'homme et qu'elle ne fait pas non plus partie de l' « essence de la nature humaine » puisque les objets différents, de manière de faire variées peuvent la satisfaire. Si nous considérons la motivation sous cet angle, nous disons que le personnel de santé n'est jamais motivé et attend que cette motivation soit suscitée par de l'argent ou des récompenses pour l'action médicale menée (les primes et les nominations sont autant des moyens pour susciter cette motivation au niveau du personnel de santé).

Eu égard à toutes ces réflexions, la *réforme hospitalière devient une nécessité pour le Bénin comme il en a été pour certains pays de l'Afrique de l'Ouest comme* le mali, le Burkina Faso, le Sénégal, la Guinée. Cette réforme doit s'inscrire dans le vaste Programme de revalorisation de son système de santé (PRSS), initiée par l'actuel Ministre de la Santé, ce pour ne pas sombrer dans des crises endogènes qui l'ont tout le temps négativement influencé.

De même, la viabilité hospitalière dépend du respect des principes cardinaux de moralité, de probité, et de dévouement. Aujourd'hui, tous ces principes y font défaut. C'est donc pour relever ces défis que le Ministère de la santé s'est engagé dans un processus de réforme structurelle, fonctionnelle et éthique de son système de santé. Les principales cibles de cette réforme sont les anciens hôpitaux départementaux laissés longtemps pour compte dans les années 1980 à 1990.

Cette réforme ne pourrait se faire sans la participation de l'ensemble du

personnel et des acteurs de santé. Ceci nécessite la mise en place de canaux de concertations et d'informations qui permettent de fédérer chacun autour d'objectifs communs. Elle permettra de :

- harmoniser le financement du public et du privé (faire assouplir par exemple les critères de tarification dans les structures privées de soins de manière à les rapprocher de ceux des établissements publics hospitaliers ;
- développer la démarche de contractualisation et d'évaluation des établissements de santé ;
- ouvrir l'hôpital à son environnement en redéfinissant le statut de l'hôpital public ; introduire la notion de responsabilité administrative et pénale dans les prestations médicales et paramédicales ;
- améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients ;
- disposer d'une législation hospitalière ;
- mettre en place une gestion stratégique de l'hôpital.

$

CHAPITRE 10 : PERSPECTIVES

Le développement du réseau hospitalier a été le fruit de la décentralisation amorcée en 1990 et qui perdure à travers le temps et l'espace. La compétitivité entre structures hospitalières publiques et privées en est la conséquence : celle- ci sera soit horizontale entre des hôpitaux de même niveau de la pyramide sanitaire ou elle sera verticale entre les hôpitaux de niveaux bas et ceux du niveau élevé ou plus élevé.

Aujourd'hui le service public inclut la prise en charge par le service social des cas non médicaux sur lesquels aucun soin ne porte. Il faut que la population comprenne que l'hôpital est fait pour les soins. L'hôpital n'a pas à prendre en charge les cas sociaux qui nécessitent autre chose que les soins.

Nous tendons vers un service public de qualité avec l'engagement progressif des hôpitaux dans le management de la qualité. L'adaptation de l'hôpital à cette nouvelle situation est difficile dans la mesure où elle crée un bouleversement des mentalités et des comportements. Le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau exprime sa vision projetée en 2015 comme un hôpital crédible et performant, capable d'offrir des soins de qualité aux populations des Départements de l'Ouémé et du Plateau. Cette vision est sous-tendue par une Politique de qualité dont les composantes sont définies en ces termes :

- l'écoute permanente des clients ;

- la formation du personnel ;
- l'amélioration de l'environnement de travail ;
- la sensibilisation du personnel et des usagers ;
- l'utilisation judicieuse des ressources mises à sa disposition.

La qualité attendue a un coût relatif même si un adage populaire dit que ‘’la santé n'a pas de prix’’. Les tarifs maintenus au même niveau, c'est-à-dire à un niveau relativement bas imposé par l'Etat pour raison du caractère public du service hospitalier ne permettent pas aujourd'hui de relever les hôpitaux publics de leur faiblesse économique et financière. Il s'agira d'une révolution de la tarification des établissements publics hospitaliers par une augmentation des tarifs suivant l'activité et suivant l'acte. L'expérience de la France dans ce domaine avec la T2A ou tarification par activité a été bonne car elle est basée sur un comportement vertueux : « les moyens financiers sont orientés vers ceux qui travaillent le mieux (HARDY, 2005) ». En effet la T2A incite également à la généralisation d'outils de gestion encore insuffisamment développés dans les hôpitaux tels que la comptabilité analytique et le benchmarking.

Le renforcement de l'autonomie de gestion est aujourd'hui la condition sine qua non de la croissance et de garantie d'une amélioration continue de la qualité. Si le Centre National Hospitalier Universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA arrive aujourd'hui à résoudre certains problèmes de santé très critiques, c'est à cause de son entière autonomie vis-à-vis de l'Etat.

Que pourrions-nous dire en matière de la gestion des hôpitaux ?

Certains médecins sont aujourd'hui assez contre la nomination des directeurs d'hôpitaux dans le corps des administrateurs sans tenir compte du fait qu'ils aient fait qu'ils exercent en qualité en sciences de la gestion. Aussi veulent-ils occuper des places politiques et abandonner les soins. *La tendance future sera de considérer le Directeur général d'un Centre hospitalier comme un homme politique de haut niveau en gestion et le médecin gestionnaire comme un Directeur technique nommable à son côté. Dans ce cas, la restructuration de l'hôpital en pôles de gestion pourra être appliquée afin de nommer les médecins gestionnaires comme chefs de pôles (un pôle étant une fédération de plusieurs services à vocation identique et un centre de responsabilité.* (MOINARD 2005).

L'introduction du Système de Management de la Qualité (SMQ) obligera les hôpitaux à renforcer leur degré d'autonomie par externalisation de certains processus supports comme l'hôtellerie ou la restauration, l'hygiène et l'assainissement ; pour ne citer que ceux-là.

Au terme de la présente recherche, nous pouvons suggérer :

Nécessaires réformes hospitalières : Ces réformes sont initiées par le Ministre de la Santé et conduites par la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins

Comme certains pays de l'Afrique de l'Ouest, le mali, le Burkina Faso, le

Sénégal, la Guinée, le Bénin s'est engagé dans un vaste programme de revalorisation de son système de santé, à cause des crises endogènes qui l'ont négativement influencé, voire sombré. Les principes cardinaux de moralité, de probité, et de dévouement y font défaut. C'est donc pour relever ces défis que le Ministère de la santé s'est engagé dans un processus de réforme structurelle, fonctionnelle et éthique de son système de santé. Les principales cibles de cette réforme sont les hôpitaux laissés longtemps pour compte et le financement du secteur santé en général.

Cette réforme ne pourrait se faire sans la participation de l'ensemble du personnel et des acteurs de santé. Elle nécessite la mise en place de canaux de concertations et d'informations qui permettent de fédérer chacun autour d'objectifs communs.

Les hôpitaux sont un maillon essentiel du système de santé. Ils sont complémentaires des soins de santé primaire et justifient les choix stratégiques des paquets minimums d'activités développées au niveau périphérique et intermédiaire. En tant que structures de référence Ils doivent être moteur du système de santé et être pleinement intégrés dans la politique sanitaire nationale et les programmes de développement.

Ces réformes permettront de :

- harmoniser le financement du public et du privé (faire assouplir par exemple les critères de tarification dans les structures

privées de soins de manière à les rapprocher de ceux des établissements publics hospitaliers ;

- développer la démarche de contractualisation et d'évaluation des établissements de santé ;
- ouvrir l'hôpital à son environnement en redéfinissant le statut de l'hôpital public ;
- introduire la notion de responsabilité administrative et pénale dans les prestations médicales et paramédicales ;
- améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients ;
- disposer d'une législation hospitalière ;
- mettre en place une gestion stratégique de l'hôpital ;

Pour atteindre ces objectifs, plusieurs stratégies seront développées, notamment :

La revalorisation des statuts des personnels hospitaliers, en particuliers les personnels médicaux et para médicaux, la réalisation d'études et travaux préliminaires par des experts spécialisés dans les études diagnostiques du milieu hospitalier, l'organisation des réunions de concertation sur les propositions présentées par le groupe des experts avec l'ensemble des organisations professionnelles et syndicales

concernées, l'élaboration d'un projet de Loi sur la réforme hospitalière (rôle du gouvernement) sur la base des conclusions de la concertation réalisée et présentée à l'Assemblée Nationale pour ratification. Cette Loi prendra en compte les aspects normatifs comme la redéfinition des statuts des Commissions médicales consultatives, l'autonomie des établissements et le développement des responsabilités des acteurs du système hospitalier, l'adaptation du système hospitalier aux défis du siècle en cours et la définition les normes de qualité et d'accréditation des établissements hospitaliers ; le rétablissement de l'équilibre budgétaire.

Le développement hospitalier se fonde sur un projet qui porte une vision. Ce projet est dénommé *Projet d'établissement*. C'est un document essentiel de la vie de l'hôpital, élaboré suivant une démarche ascendante et participative. Il définit, pour quelques années, en moyenne cinq ans les grandes orientations de l'établissement hospitalier et les axes principaux de sa politique en matière de la prise en charge des patients, de même que tous les éléments liés à la mise en œuvre de cette politique.

Ce projet est élaboré sur la base du projet médical en tant que tel résultante des projets de services médicaux, paramédicaux et de gestion.

Ces réformes incluront les priorités ci-dessous :

L'amélioration du cadre institutionnel et organisationnel : Toute action sur le

cadre institutionnel doit consister à l'adapter aux réalités nouvelles et celles permanentes dans toute les structure hospitalière. Les hôpitaux sont en retard de plus de vingt ans par rapport à certains textes qui les régissent comme le montrent les résultats de l'Audit Institutionnel et Organisationnel de la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins. Il convient de procéder à la révision de ceux jugés caduques ou obsolètes.

Les principes fondamentaux et humanitaires de l'hôpital public deviennent de plus en plus fragiles par contact avec les aspirations économiques et financières (primat de l'économie de la santé qui met mettant l'accent beaucoup plus sur la rentabilité que sur la gratuité et la neutralité). Ces inadéquations de l'hôpital aux nouvelles réalités sociologiques et culturelles, technologiques nécessitent un potentiel économique et financier important pour son fonctionnement et, devraient inciter le gouvernement béninois à la mise en place d'un nouveau cadre législatif et réglementaire.

Les changements attendus concernent essentiellement la pharmacie hospitalière, les procédures budgétaires, la médicalisation du système d'information de gestion, la formation des cadres hospitaliers en management et gestion. Par rapport à la gouvernance clinique, les recherches conduites, notamment sur le thème de la pérennisation de la qualité, nous avons constaté combien l'invitation à recourir aux procédures et aux modes opératoires est importante dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. En

effet, les personnels sont appelés à se conformer fidèlement aux modes opératoires, aux guides de bonnes pratiques et autres référentiels qui encadrent leurs activités. La continuité du soin, la sécurité de celui-ci, sa qualité, sont supposées dépendre de la mise en conformité des gestes de chacun aux textes qui sont sensés régir les comportements de tous. Il résulte, de cette inclination, une inflation de procédures auxquelles très peu de prestataires obéissent. Tout en remarquant que les procédures peuvent être nécessaires et constituer des points de repères, nombreux sont ceux qui déplorent, d'une part la standardisation du soin que celles-ci finissent par suggérer, et d'autre part leur caractère souvent inapplicable. Là où les uns (notamment les cadres) insistent sur le respect des référentiels, les autres soulignent les situations paradoxales dans lesquelles ils se trouvent plongés. On leur demande de faire pour le mieux en respectant les règles, les textes, les procédures et autres protocoles alors que, faire pour le mieux, suppose souvent des initiatives, des gestes et des attitudes non prescrits, non- programmés, non planifiés. De la règle, des procédures, des modes opératoires est attendue la performance. Pour ce, les niveaux du changement organisationnel sont :

Niveau 1 : Administration

Le changement du visage de l'administration est nécessaire pour une gestion démocratique de l'hôpital. Actuellement, le Directeur est assisté du Chef Service des Affaires Administratives et Economiques et du Chef Service

des Affaires financières. Chacun d'eux organise et réalise ses activités au sein de divisions spécialisées. Cette configuration minimise les rôles transversaux joués par les responsables à divers niveaux administratifs. Pour corriger cette faiblesse, le Ministère de la Santé doit inclure dans la réforme hospitalière de nouveaux postes administratifs et la création d'un Directoire capable de comprendre et de gérer efficacement la majorité les problèmes organisationnels de l'hôpital.

Le changement institutionnel attendu du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau est son érection en Centre Hospitalier Universitaire. Cela n'est devenu réalité qu'après trois Décrets, notamment :

- le Décret n°98-330 du 03 août 1998 portant création et organisation de l'Espace Centre Hospitalier Universitaire du Bénin ;
- le Décret n°2010-640 du 31 décembre 2010 portant restructuration de l'espace Hospitalier Universitaire de la République du Bénin ; Ce Décret définit en son article 1er les concepts rattachés au centre hospitalier et en son article 2, il précise sa mission.

***Encadré 22** : Contenu du décret 2010-640 du 31-12- 2010*

*« Article 1er : Au sens du présent décret, les termes et expressions ci-après signifient : **Centre hospitalier (CH)** : établissement hospitalier qui assure des soins de santé C**entre Hospitalier Universitaire (CHU)** : hôpital rattaché à une université*

et où se mènent des activités de soins, d'enseignement et de recherche. »
« Article 2 : Un Etablissement Hospitalier Universitaire a pour mission d'offrir des soins de qualité aux populations, d'assurer la formation initiale et post universitaire des cadres supérieurs et des personnels de la Santé, de développer la recherche scientifique en matière de la santé.
Articles 10 : L'Etablissement Hospitalier Universitaire dispose pour son fonctionnement d'un ***Conseil National Hospitalo-Universitaire*** *composé de, comme le précise*
L'Article 12 : le Ministre chargé de la Santé ou son représentant, le Ministre chargé de l'Enseignement Supérieur ou son représentant, le Ministre chargé des Finances ou son représentant, le Directeur des Ressources Financières et du Matériel du Ministère chargé de la santé, le Directeur des Ressources Financières et du Matériel du Ministère chargé de l'Enseignement Supérieur, le Directeur Général du Budget du Ministère chargé des finances, sans oublier les autres membres comme les Directeurs des ressources humaines des ministères concernés, les recteurs des Universités nationales ou leurs Représentants, les Directeurs Généraux des CHU ; les Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement, le Directeur National des Etablissements Hospitaliers et de Soins du Ministère de la santé : pour ne citer que ceux-là.

- le Décret n°2014-525 du 25 Août 2014 portant érection du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé en Centre Hospitalier Universitaire. Ce Décret pris en Conseil des Ministres en sa séance du 02 juillet 2014 comporte trois articles

***Encadré 23** : Contenu du décret n° 2014 -525 du 25 Août 2014*

Article 1er : Le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé (CHD-O) est érigé en Centre Hospitalier Universitaire sous l'appellation ***Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau (CHUD-O/P).***
Article 2 : Un arrêté interministériel des Ministres chargés de la Santé ; de l'Enseignement Supérieur et des Finances précise les montants des subventions accordées au Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau, sur les budgets respectifs de la Santé et de l'Enseignement supérieur au titre de la construction et de l'équipement des infrastructures de soins, d'exploration et d'enseignement – des primes et indemnités, non soumises à retenues pour pensions des Praticiens Hospitaliers Universitaires, des encadreurs cliniques, des internes des hôpitaux – des frais de garde des étudiants en formation de base et de spécialité en sciences de la santé.
Article 3 Le Ministre d'Etat Chargé de l'Enseignement Supérieur, le Ministre de l'Economie et des Finances et de la Recherche Scientifique et le Ministre de la Santé sont chargés , chacun en ce qui le concerne , de l'application du présent décret.

Ces nouvelles dispositions prises par les décrets précités présentent une vision à court terme de l'organisation du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau devenu Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau. Des changements interviendront dans la structure organisationnelle du CHD-OP pour se conformer aux implications de ces nouveaux textes.

Pour le moment Nous proposons ici deux scénarios qui permettent de taire les querelles entre médecins spécialistes en gestion des services de santé et cadres administratifs formés en Administration hospitalière :

Premier scénario :

L'hôpital est dirigé par un Directeur Général qui est un homme hautement politique nommé par le Ministre de la santé avec l'approbation du Président de la République. Il est assisté de :

- un Directeur adjoint chargé des affaires administratives, économiques et de la qualité, un cadre de la Santé ayant une spécialité en gestion ; un Directeur adjoint chargé des affaires financières et des ressources matérielles ;
- un Directeur adjoint chargé des actes médicaux et paramédicaux qui serait un médecin pouvant parler au nom du personnel médical et paramédical, celui-ci pourrait être dénommé **Directeur des Soins ;**

- un Directeur adjoint chargé des ressources humaines.

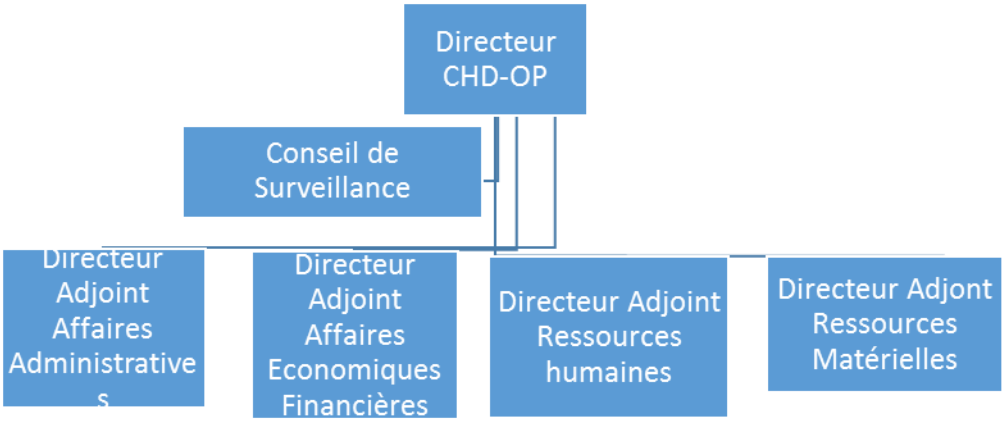


Figure 13 : Scénario de la vision 1 du nouvel organigramme administratif des Centres Hospitaliers Source : DEGUENON

Cette déconcentration est renforcée avec la création d'un Directoire, instance chargée de l'élaboration de la stratégie médicale et de la politique de gestion. Elle facilite une relation assez flexible entre les hommes et une responsabilité partagée pour toutes les tâches (Mintzberg, 1984) Il sera très clairement investi du pilotage de l'établissement tant vis-à-vis des tutelles (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, état des prévisions de recettes et de dépenses...) qu'en interne (politique de contractualisation avec les pôles à créer). Ce pilotage implique de suivre l'application des politiques d'établissement (qualité – sécurité, accueil, gestion...), de fixer des objectifs aux pôles et d'évaluer les résultats de leur mise en œuvre à travers le suivi des contrats de pôles. Le directoire est composé de :

Président : Directeur Général

Vice-président : Président de la Commission Médicale d'Etablissement (sous-entendu la Commission médicale Consultative)

Membres : tous les Directeurs adjoints

Cette configuration permet de déconcentrer tant soit peu le pouvoir du Directeur Général et permet aux adjoints de prendre des décisions directement avec les parties prenantes.

Dans ce contexte, il faudrait instaurer un Conseil de Surveillance, présidé par le Maire de la ville de Porto-Novo qui délibère sur les questions stratégiques, les investissements, il a pour mission de définir la politique sectorielle de l'hôpital. La mise en œuvre de cette politique et la conduite de l'hôpital sont assurées par le Directeur Général entouré des membres du directoire et ceux des diverses commissions. Le Conseil de Surveillance ne peut pas remplacer le Conseil d'Administration, mais il le complète et l'appuie afin de faciliter la participation des collectivités locales à la gestion hospitalière. Si dans le contexte actuel, la mairie n'est pas représentée au Conseil d'Administration, il faudrait néanmoins qu'il puisse donner son avis sur les problèmes de l'hôpital de sa juridiction en étant membre d'une instance de prise de décision.

Deuxième scénario

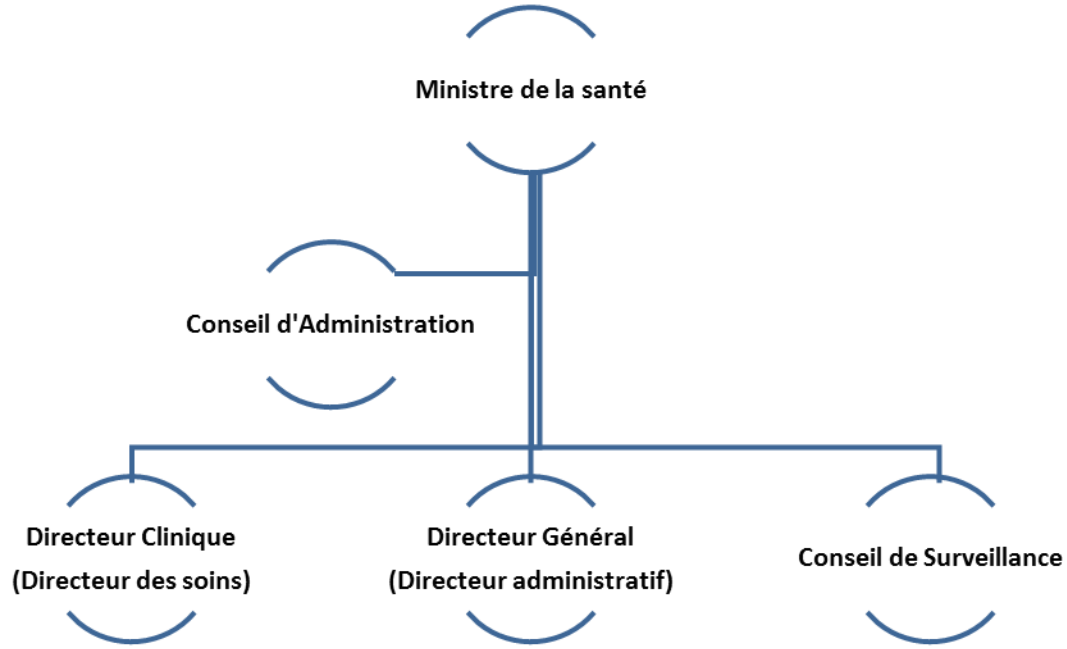


Figure 14 : Vision 2 d'une nouvelle structure organisationnelle du CHD-OP
Source : DEGUENON, 2014

Il est nécessaire de créer au sein de l'hôpital une Commissions des soins infirmiers et obstétricaux ayant à sa tête un cadre de santé ou un surveillant de pavillon choisi parmi les plus anciens et ayant le grade le plus élevé.

Au plan stratégique, le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau doit avoir :

- un Projet d'Etablissement qui tient compte de ses missions. Les différents programmes décrits dans le projet doivent faire l'objet d'une planification. Ainsi, nous pourrons avoir :
- un plan d'acquisition des équipements adéquats en fonction de besoins exprimés ;
- un plan de gestion du matériel et équipements ;

- un plan d'acquisition des ressources humaines ;
- un plan de formation du personnel ;
- un plan de gestion de la carrière des agents de santé.

Niveau 2 : Services prestataires et organes

Le renforcement de pilotage sera ciblé sur les organes. Il inclut la production des textes de base par le Ministère de la santé/la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins intégrant les aspects de représentativité des différentes parties prenantes, de diversification de l'encadrement selon les domaines de prestation, ainsi que de fonctionnalité des services et organes existants.

Proposition du changement : Il y aura donc nécessité à prendre des actes légaux (Lois, Edits) pour y arriver. L'hôpital doit s'insérer dans une démarche éthique qui est d'abord questionnement des pouvoirs et des savoirs, la *réflexion éthique* est la préoccupation de tous et de chacun, la finalité du soin autre que la recherche des seules données quantifiables. Elle est une démarche clef pour l'avenir de l'hôpital. Par elle, le malade a confiance. L'enjeu est que la confiance exigeante du malade soit en son médecin ou en l'équipe soignante à son chevet comme dans les progrès remarquables de la technique et de la science.

Niveau 3 : Contractualisation avec les usagers

La contractualisation consiste à créer un système qui favoriserait le dialogue entre les patients et les autorités administratives d'une part et entre les patients et le personnel de santé d'autre part. Pour ce, les patients et les agents de santé doivent connaître leurs droits et devoirs afin de mieux évoluer dans un système de négociations gagnants-gagnants. La capacité du médecin à écouter et à comprendre les intérêts de son patient est un principe fondamental qui sous-tend la négociation apparemment raisonnée entre les deux interlocuteurs. Le médecin doit savoir allier la responsabilité à l'éthique pour offrir une réponse satisfaisante à son patient car « si l'on tombe malade et que l'on est soigné dans un hôpital par un médecin qui nous manifeste de la chaleur humaine, on se sent tout de suite mieux. A l'inverse, lorsqu'un médecin ne parviendrait pas à exprimer des sentiments humains à ses malades en leur manifestant l'impatience, l'hostilité, voire du mépris, ils deviendront immédiatement anxieux quelles que soient les qualifications du médecin, son diagnostic et la qualité de ses médicaments.

Le personnel paramédical (infirmier, sage-femme, technicien de laboratoire) devrait aussi comprendre que le patient est une personne humaine ayant sa dignité. En raison de son état et de ses contraintes financières, il attend des soins de qualité, dans une bonne ambiance relationnelle ; il a besoin d'un sentiment d'empathie qui crée la confiance et rend les soins efficaces. Le grand défi de la relation avec la clientèle est la reconstruction d'un équilibre

entre les ressources et les besoins. Cela présume la mise en œuvre de mécanismes qui permettent de réduire constamment l'écart entre les besoins du client et sa satisfaction et non de viser la perfection qu'aucune ressource ne pourrait atteindre. Elle suppose la remise en question des façons de faire, de la nature des services et l'utilisation optimale des ressources afin de réduire les écarts ; l'adaptation aux besoins en constante évolution des clientèles internes et externes dans une gestion respectueuse des ressources humaines, de leurs l'ensemble des partenaires. Ces mécanismes vont déclencher le changement par la construction d'une nouvelle réalité (client) en constante négociation entre les partenaires ou les parties prenantes à la gouvernance hospitalière.

La faible potentialité de l'hôpital à satisfaire de nombreux besoins de santé des populations est liée à l'inexistence de certaines structures internes d'offre de soins. Face à cette faiblesse nous proposons :

- *la mise en place de ces structures*, notamment la cardiologie, la neurologie, la rhumatologie, la psychiatrie, la diabétologie, la pneumologie, la néphrologie et la gastroentérologie ; etc.
- *la nécessaire extension de l'hôpital :* L'espace actuellement libre ne pourra suffire guère à l'implantation de ses services spécialisés. A cet effet l'extension de l'hôpital sur le site de DJAVI dans la commune d'Adjarra a été prévu pour y mettre ces infrastructures.
- *la construction d'un service de documentation et des archives rend*

difficile toute recherche sur l'hôpital. Il faudrait construire ce service et le doter d'un personnel compétent, étant donné que l'hôpital s'est engagé dans la démarche qualité, comme le recommande l'article 4.2.3 de la norme ISO 9001 v 2008.

- *la facilitation de la mission recherche en santé :* après les actions de recherche, menées par les étudiants des écoles et facultés l'hôpital doit en disposer des rapports sur afin que les résultats de ces actions puissent être exploités à toute fin utile. L'action à mener à ce niveau concerne le développement de la culture de rapportage sur les recherches.
    - *la nécessité de mettre en place une Cellule de contrôle de gestion* pour combler le vide statutaire créé par son inexistence. L'importance d'une cellule de contrôle de gestion n'est plus à démontrer du fait de ses principes éthiques.
    - la lutte contre la corruption sous toutes ses formes.

Une Nouvelle Gouvernance Hospitalière, symbole du changement **:** Notre vision de la nouvelle gouvernance n'est pas celle de la France, ni celle d'un pays que nous ne connaissons pas. Étant un contenu de la réforme hospitalière, elle va consister à l'amélioration de ses composantes. La mise en place des pôles de gestion est belle et bien une forme de déconcentration du pouvoir et de décentralisation des services. Pour l'essentiel, le dispositif Nouvelle

Gouvernance (vocabulaire à l'origine anglo-saxon, emprunte au monde du management de l'entreprise) vise tout d'abord à instaurer une meilleure collaboration entre les instances médicales et les équipes de direction administratives des établissements de santé. Pour ce faire, une entité, nommée conseil exécutif, composée à parité de médecins et de directeurs est mise en place. Les représentants de médecins sont élus, les directeurs sont nommés et les uns et les autres sont invités à débattre de façon régulière des principales orientations stratégiques de l'hôpital. Cette instance, qui n'est que consultative, prépare néanmoins les travaux et décisions du conseil d'administration. L'objectif est ici d'associer le personnel médical à la gestion de l'établissement.

La seconde grande disposition du texte relatif à la Nouvelle Gouvernance concerne la mise en place de pôles au sein de chaque établissement. Ces pôles sont des regroupements d'activités, des regroupements de services et sont appelés à devenir les véritables « unités de production de soins » au sein de l'établissement. Le découpage en pôles de chaque hôpital relève de la responsabilité des équipes dirigeantes qui choisit ses propres critères pour arrêter les frontières de la nouvelle « polarisation ». Chaque entité nouvellement constituée est dirigée par un conseil de pôle composé d'un médecin, d'un représentant de la direction de l'établissement et d'un cadre de santé. Cette instance de pilotage est supposée définir les orientations des pôles et est invitée

à entrer dans une contractualisation de son activité avec la direction de l'établissement. Cette notion de contractualisation est un élément clef de la Nouvelle Gouvernance. Les services fédérés par le pôle ne peuvent obtenir de moyens qu'au regard, d'une part de l'activité du pôle (nature des actes réalisés, coûts engendrés et recettes générés) et d'autre part des objectifs qu'il s'assigne.

Enfin la notion de pôle est également supposée fournir d'autres frontières susceptibles de faciliter l'affectation des personnels. Les soignants, notamment, continuent d'être affectés à un service, mais en cas d'absence ou de besoins ponctuels, leur mobilité d'une unité à l'autre est supposée être facilitée à l'intérieur du pôle, même si des « pools » (équipe de soignants acceptant d'être volants, c'est-à-dire de passer d'un service à un autre) peuvent être constitués pour ne pas systématiser la « polyvalence » des personnels.

Pour réaliser ce projet, il faudrait qu'il soit initié par la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins et il doit être partie intégrante de la Réforme Hospitalière.

La mise en place de la nouvelle gouvernance implique un engagement fort du Directeur, chef d'établissement, d services sont organes affiliés à la Direction.et des chefs de services médicotechniques. A l'évidence, c'est à eux d'initier la démarche qu'ils devront conduire ensemble.

Plus généralement et s'agissant d'une évolution culturelle importante, l'implication de tout l'encadrement est également fondamentale.

Il convient de distinguer trois étapes principales : le **diagnostic stratégique, la réflexion préalable** à la mise en œuvre et **la mise en œuvre**, chacune devant être abordée selon la chronologie présentée dans ce document.

La Nouvelle gouvernance hospitalière est un modèle de déconcentration de l'organisation hospitalière car, « une démarche de progrès centrée sur le changement dans le gouvernement des hommes postule une organisation proche des utilisateurs. Chaque niveau significatif est investi de missions en cohérence avec les stratégies ». Les actions à prévoir concernent :

- la recherche de compétences requises et de formations adaptées ;
- l'exercice d'une réelle délégation de pouvoirs et de responsabilités en cohérence avec les objectifs globaux ;
- l'utilisation d'un langage commun assurant la cohésion du corps social ;
- le développement de l'intéressement.

L'amélioration du dialogue social : Il existe une insuffisance caractérisée de dialogue à l'hôpital public et il n'y aura pas de changement notable dans la mobilisation des hospitaliers sans prise de conscience plus déterminée des responsables administratifs et plus précisément ceux chargés des ressources humaines. Les problèmes qu'ils rencontrent souvent s'inscrivent dans leurs relations avec le personnel dont ils ont la charge. Ces problèmes se posent

lorsqu'ils ne peuvent pas eux-mêmes respecter les règles de conduite instituées par l'établissement hospitalier et lorsqu'ils ne sont pas acceptés par les groupes organisés tel que les syndicats des travailleurs et les délégués du personnel. L'expérience du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau dans ce domaine est connue lorsque, pour une prise de position du personnel contractuel contre un responsable chargé de la gestion de ce personnel, nommé après plusieurs années d'expériences dans la gestion financière. La cause de la prise de position est que, dans le passé récent, ce responsable a eu des antécédents conflictuels avec des agents de santé et surtout ceux du groupe des contractuels. Le dialogue social ne s'est rétabli qu'après l'affection de celui-ci sous la pression des syndicalistes et du Directeur Départemental de la Santé de l'Ouémé et du Plateau.

Cette situation doit amener les décideurs de politique sanitaire à comprendre que la désignation au sein du personnel d'un Chef Personnel ''CP'' doit être préalablement soumise à un discernement par rapport à des critères éthiques bien établis de moralité, de neutralité et d'acceptation.

Comment améliorer le dialogue social :

Le dialogue s'entretient d'abord au niveau de l'unité de travail qui est le service. Par exemple dans un service comme celui de la gynécologie et l'obstétrique, le chef service associé aux responsables administratifs, techniques et logistiques, ont l'obligation d'y développer *le travail en équipe.* Le moment du

travail facilite un dialogue constructif entre les collaborateurs. Au CHD-OP, le service de gynécologie peut être désigné comme modèle en organisation du travail en équipe et du dialogue constructif. Tous les vendredi matins de 09h à 11h, tout le personnel est en réunion pour partager les difficultés rencontrées dans la prise en charge des femmes en difficulté. Il convient d'étendre cette pratique à tous les services.

Pour ce, une *formation des responsables* aux conduites des réunions. La formalisation de cette organisation passe par son *intégration au règlement intérieur* existant et devant être révisée.

Nécessaire prise en compte des groupes d'acteurs : Toute démarche participative requiert la prise en compte des groupes d'acteurs quel que soit leurs statuts, rôle, fonctions et responsabilités. Les autorités administratives ont l'habitude de ne considérer que les groupes formellement constitués qui sont les organes de cogestion. Elles doivent aller plus loin au-delà pour identifier les groupes susceptibles de s'opposer à certaines décisions à prendre et les consulter pour avoir leur avis sur les aspects à priori conflictuels. *La problématique actuelle est la difficulté pour le manager hospitalier d'identifier des acteurs stratégiques internes et externes et enjeux politiques. Les conflits sectoriels ou généralisés dans les établissements hospitaliers du Bénin relèvent de l'insuffisante communication des autorités administratives et de la faible intégration des acteurs aux prises de décisions*

les concernant.

Ces difficultés pourraient être balisées par deux scénarii :

Premier scénario : l'implication des acteurs internes

L'implication des acteurs internes pourra se faire par :

Premièrement, la création des commissions permanentes ou statutaires représentant les groupes professionnels pour négocier auprès de l'administration des problèmes spécifiques à l'offre de soin. Par exemple une **Commission des soins infirmiers et obstétricaux** (**CSIO)** composée par exemple de cinq membres pourrait constamment réfléchir sur l'offre de soins, présenter les problèmes spécifiques au Directeur de l'hôpital afin que des solutions d'amélioration soient trouvées. Cette commission devrait exister au même titre que la Commission médicale consultative dont les membres sont des médecins. Cette commission doit être représentée au Comité de direction (CODIR) élargi à tous les chefs services e surveillants de pavillons ;

Deuxièmement, l'incitation de la participation obligatoire des syndicats des travailleurs de l'hôpital afin de recueillir au cours des débats leurs avis sur les propositions de décisions à prendre. Comme l'ont énoncé Bierschenk, Chauveau et Olivier de Sardan (2000), « un2 certain nombre de représentations et de façon de formuler les projets, entre autre la rhétorique participative, ne sont pas pour rien dans cet oubli d'une catégorie qui ne cadre pas avec elles, par exemple les acteurs remplissant des fonctions de courtage en développement ». Cela nous

amène à accorder plus d'importance aux individus clés, particulièrement ceux craints des autorités administratives pour leurs points de vue souvent contradictoires à ceux du Directeur de l'hôpital.

Deuxième scénario : L'implication des acteurs externes

La prise de certaines décisions d'ordre politique nécessite l'implication des personnes-clés pouvant intervenir dans la gouvernance de l'hôpital. Il s'agit de personnes ayant des positions formelles de pouvoir, capables de mobiliser des ressources au profit de l'hôpital. Nous pouvons par exemple citer le préfet du Département de l'Ouémé et du Plateau, le Directeur départemental de la santé de l'Ouémé et du Plateau, le maire de Porto-Novo, la représentation des sages, un représentant des chefs religieux, une représentation des usagers de l'hôpital.

La lutte contre la corruption et ses effets : La corruption sous toutes ses formes est en nette progression malgré les dispositions prises et mises enh œuvre par la Direction hospitalière du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau pour satisfaire les besoins des agents de santé. Ce phénomène n'est pas intégré au rapport d'activités comme indicateur de performance du centre. Les aspects comme les consultations directes sans passer par la caisse, la vente illicite de médicaments, le détournement de kits, la délivrance de fausses exonérations et d'attestations devraient faire l'objet d'évaluation et de mise en œuvre de stratégie d'éradication. La passivité de la

Direction devant ces phénomènes pourrait renforcer l'inégalité d'accès aux soins, la déshumanisation de la prestation des soins de santé, la dérégulation du fonctionnement de l'hôpital, la détérioration de la qualité des soins, la dégradation de la capacité opérationnelle des services et des plateaux techniques, la réduction de la mobilisation des ressources propres.

Pour juguler le phénomène, le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau, en plus des actions menées au plan national par la Cellule de Moralisation de la Vie Publique, devra mettre en œuvre une politique de lutte anti-corruption qui consisterait à sensibiliser le personnel de santé et à mettre en place un nouveau circuit du malade pour éviter que les prestataires aient un contact direct avec le système de paiement et d'un tableau de bord de suivi mensuel des recouvrements par service. Ainsi lorsque l'hôpital serait débarrassé de toutes les formes de corruption, il deviendrait plus performant et jouerait réellement sa fonction sociale en offrant des prestations de qualité.

Instauration de la gestion prévisionnelle ressources humaines : La gestion prévisionnelle des ressources humaines (GPRH) encore dénommé Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) occupe une place importante dans les évolutions du management hospitalier. Ce management sera jugé par sa capacité de promouvoir au rang de levier essentiel du volet social et d'élément déterminant de la stratégie globale. La performance de

l'hôpital passe de toutes les manières par la compétence de ses agents. La gestion prévisionnelle des ressources humaines est le fil d'Ariane où se côtoient toutes les approches de gestion.

Cette approche est née dans l'interface entre consultants spécialisés, entreprises de pointe et centres de recherche publique. Il s'agit de la pratique des entreprises en matière d'anticipation des qualifications. Son application à l'hôpital public est récente et s'adapte aux exigences de valorisation, de performances et d'adaptation imposées par le contexte économique et social. *Réalisation de la GPRH :* Pour réaliser la gestion prévisionnelle des ressources humaines, l'hôpital doit disposer d'un *référentiel des emplois types et le référentiel des emplois, les outils d'aide à la décision, les outils de communication et les outils d'anticipation des besoins.*

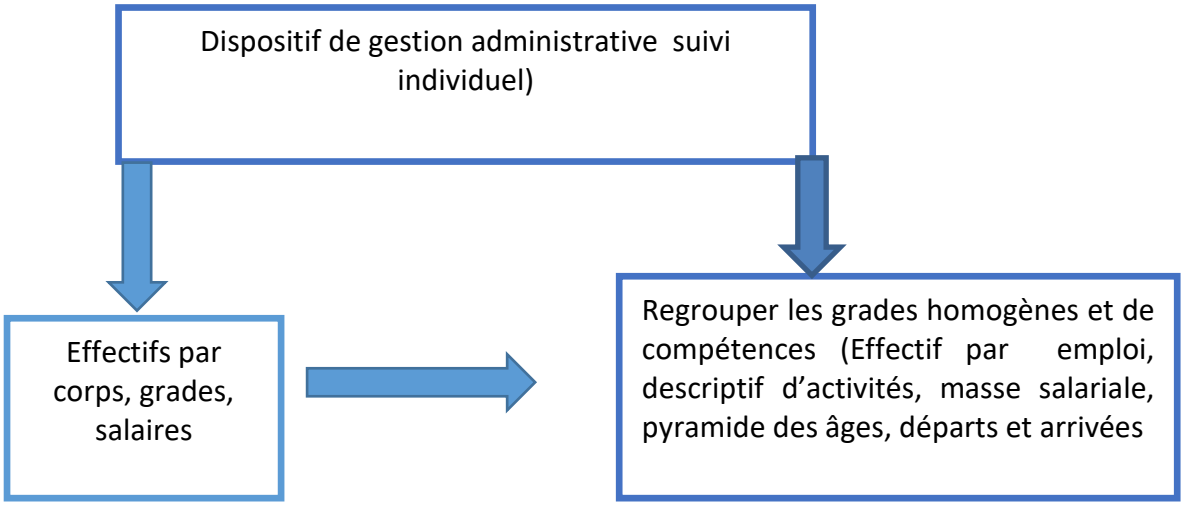


Figure 15 : Scénario sur la nomenclature des emplois BARON X 1989

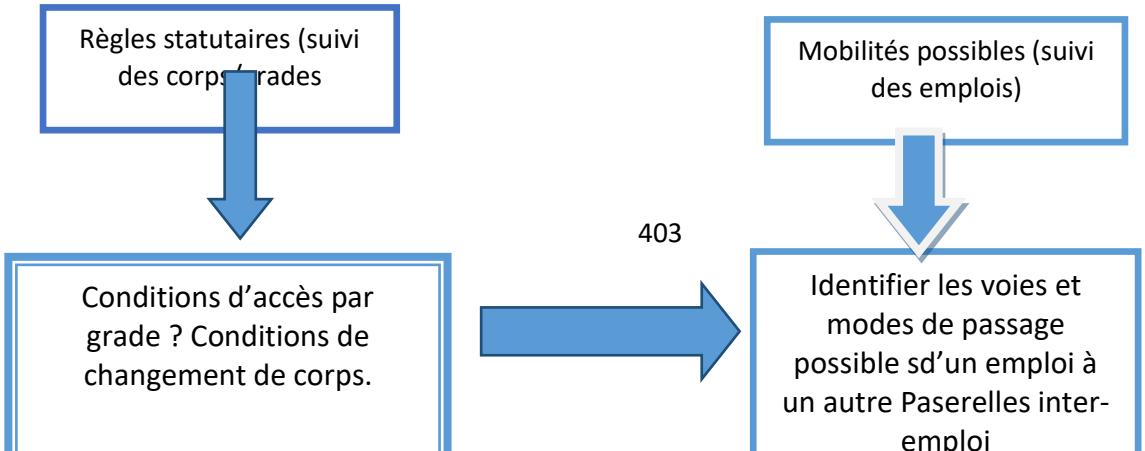


Figure 16 : Scénario sur le référentiel des emplois, Source : BARON X 1989

Les outils d'anticipation des besoins futurs et évolution des emplois.

Les outils élaborés pour anticiper les besoins futurs et l'évolution des emplois doivent permettre d'identifier les écarts quantitatifs (effet/ou qualitatifs compétences) par emploi. Deux types d'outils prospectifs existent. Il s'agit de l'outil de projection des ressources et l'outil d'identification des besoins.

Tableau XXVII : Scénario d'outils de projection des ressources

	Stratégie	Indicateurs Source
Informations disponibles	Recrutement Mutation Congés Départ à la retraite Suite….	Prévision DRH Prévision DRH Ou bien souhaits des agents

Source : BARON X 1989

Tableau XXVIII *:* Scénario d'outils d'identification des besoins

	Indicateurs quantitatifs	**Indicateurs Qualitatifs**

	Budgets sous contrainte d'enveloppes budgétaires allouées et Cibles définies par une étude ou une démarche qualité	Augmenter leqs compétences en management ; Accroître les compétences en informatique

Source : BARON X 1989

La déconcentration de la gestion financière par l'extension du réseau de communication informatique : La déconcentration de la fonction gestion financière contribuerait à l'élévation du niveau des recettes des services médicotechniques. En effet, si chaque service ou groupement de services intervenant dans les mêmes aspects de soins pourraient avoir un répondant du service chargé des recouvrements, cela éviterait des pertes de temps d'une part pour les patients qui doivent faire de longue distance à partir des services de soins éloignés vers les caisses. S'il y a dix ans, deux caisses suffisaient pour permettre aux patients de payer les actes de soins, aujourd'hui elles sont numériquement insuffisantes. Ce changement pourrait améliorer la qualité de la prestation en réduisant les temps d'attente au niveau des deux caisses de prestations et de la caisse unique de pharmacie.

La constitution de groupements de services à vocations complémentaires répond à une exigence de la Nouvelle Gouvernance Hospitalière qui fonctionne par des pôles de gestion.

Le renforcement de la viabilité hospitalière, condition favorable au changement : Aujourd'hui, suite aux résultats obtenus de nos analyses, la

viabilité hospitalière fondée sur la dimension économique du développement durable est loin d'être atteinte. Lorsque les dépenses sont toujours supérieures aux recettes et que les dettes sont exponentiellement supérieures aux créances, la gestion hospitalière est sans doute difficile à assumer. Dans ce contexte, *il se pose un problème fondamental, celui de la gouvernabilité.*

En effet, le pouvoir des gouvernants faiblit lorsqu'ils n'ont plus la capacité de satisfaire les besoins de leurs gouvernés. C'est comme un enfant qui a faim et qui réclame à manger, s'il n'est pas rassasié, il réitère à cor et à cri sa demande ; n'est-ce pas là la cause des grèves incessantes en milieu sanitaire et surtout hospitalier au Bénin ? Comme exemple, nous citons la grève sans service minimum de soixante-douze (72) heures renouvelable déclenchée par le Front uni des organisations syndicales de la santé (FUOSS)-BENIN.

Démarrée le 09 novembre 2010 sur toute l'étendue du territoire national, les agents de santé ont abandonné leurs postes pour vaquer à leurs occupations personnelles. Ils ont déserté les hôpitaux publics et les centres de santé du niveau périphérique. Cette vacance obligée des postes de santé ont permis à tout observateur de faire les constats suivants :

« Les malades abandonnés à leur propre sort, sont évacués par milliers vers les centres de santé privés, et il en était ainsi jusqu'à la fin des grèves ou jusqu'au début de la satisfaction des revendications des travailleurs du secteur santé ». Fort était de constater que ces grèves se faisaient trois jours ouvrables

avec service minimum contre deux jours ouvrables, les lundis et les vendredis où tous les agents de santé se présentaient à leurs postes de travail. Le motif principal des grèves fut le non-paiement des primes de risques au personnel paramédical alors que ces primes se payaient déjà au personnel médical. La réquisition des agents inscrits dans les équipes de gardes a été la stratégie d'intégration adoptée par les managers hospitaliers pour maintenir le système.

Nécessité d'un référentiel éthique pour une conscience professionnelle renforcée : Le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau a besoin d'un référentiel éthique. Il dispose certes d'un règlement intérieur qui date de plus de 20 ans, ne répondant plus aux réalités culturelles. Ce document dont la vocation est de convaincre, de dynamiser, d'emporter l'adhésion des collaborateurs se doit de donner l'impression de vitalité et d'actualité. Réviser le règlement intérieur témoigne du dynamisme de la fonction éthique de l'hôpital. Comme l'énonce LOOSDREGT (2004) ; « Les révisions présentent l'avantage de réactualiser le comité de rédaction du règlement intérieur en y faisant intervenir de nouveaux membres. Elle offre l'occasion de rediffuser le règlement intérieur (code éthique) aux collaborateurs et ainsi d'en rappeler l'actualité. La sortie du nouveau règlement intérieur peut être le prétexte à une nouvelle campagne de sensibilisation ». A partir de là, les performances éthiques doivent être connues et évaluées par audits et sondages

auprès des salariés.

Comme l'a écrit Cordier (2003), président de la Commission de réflexion « Ethique et Professions de Santé », initiée par le Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées en France, « Une institution de soins n'est pas une entreprise. Les soins libéraux ne sont pas un commerce. Il s'agit de femmes et d'hommes au service du malade, traversés d'espérances et d'angoisses, de joies et de douleurs, qui ont la responsabilité de s'engager en réponse à l'appel décisif d'une faiblesse qui oblige. Il s'agit de femmes et d'hommes qui luttent chaque jour contre la maladie, la souffrance, la solitude et la mort. Les médecins et les soignants vivent au creux même de l'humain. Ils donnent chaque jour un sens à nos sociétés comme à nos vies. Les réflexions éthiques ne sont pas en faveur d'un optimum organisationnel, économique et financier. A cet effet, *il convient de mobiliser les soignants par l'affirmation première de la finalité de l'exercice médical et soignant et par l'explication démontrée qu'une bonne gestion est au service de cette finalité et non l'inverse. Il faudrait les mobiliser impérativement autour de* la réflexion éthique qui permet de lire une situation donnée avec un regard qui porte plus loin et qui ouvre une espérance d'un possible face aux tensions et aux impasses. Il faudrait « entendre le sens de l'exercice médical et soignant comme réponse à un appel venu du malade. »

La mise en place d'une politique « éthique est indispensable pour le

changement de l'hôpital Elle devrait consister à mettre en place des actions très concrètes qui se traduisent successivement par :

- une affirmation de la volonté du directeur de l'hôpital ;
- une nomination d'un référent en éthique et déontologie et création d'un comité spécialisé au sein du conseil d'administration ;
- un état des lieux ;
- une mise à disposition des chartes et codes de conduite ;
- une communication, information et formation pour que chacun puisse comprendre les enjeux et se comportent en conséquence ;
- une appropriation des règles dans l'ensemble du personnel ;
- une planification, des contrôles et audits dont l'objet est de préciser les orientations stratégiques et d'évaluer les progrès réalisés.

Les insatisfactions déclarées par les patients, multiples et multiformes, sont mentionnées dans les résultats d'enquêtes réalisées auprès des usagers. Nous avons supposé être les porte-paroles de ceux-ci « sans voix » en rendant compte de leurs préoccupations aux autorités administratives et techniques du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau. C'est pour réguler les interfaces entre patients et personnel de santé que le Ministre de la Santé a édicté et vulgarisé deux document faisant office de normes relationnelle entre soignants et soignés.

Le premier intitulé **Guide des normes et des bonnes pratiques** est à l'usage des professionnels de la santé exerçant au Bénin aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. C'est un condensé des bonnes pratiques recommandées dans l'exercice de la profession médicale et paramédicale dans notre pays. Son objectif est de rappeler aux professionnels de la santé, les actes simples mais nécessaires à poser en matière de santé publique pour dispenser des soins de qualité.

Le second intitulé **Guide du patient** est un livret mis à la disposition de tous les citoyens béninois, potentiels bénéficiaires des soins de santé dans les formations sanitaires. C'est un récapitulatif des informations essentielles sur les règles et pratiques auxquelles on devrait s'attendre lorsqu'on est admis dans un centre de santé ou un hôpital. Avec cet outil, le bénéficiaire de soins partagera dorénavant avec le professionnel de la santé, les bases d'une meilleure compréhension pour une amélioration des prestations médicales. Pour le Ministre, l'objectif principal de ces documents est de rappeler aux professionnels de la santé les actes simples mais nécessaires à poser en matière de santé publique afin de dispenser des soins de qualité. « C'est une démarche qui vise à redonner confiance aux populations quant à l'amélioration de la performance de leur système de santé ainsi que de donner une nouvelle image du secteur de la santé « , a-t-elle ajouté avant d'exhorter tous les agents de santé à en faire une utilisation judicieuse afin d'harmoniser les

pratiques en matière de soins de qualité.

Mise en place d'un dispositif ECOUTE-CLIENT : Ce système assez dynamique et fluide, est le cœur du dialogue entre soignant et soigné. Cette interface n'est effective lorsqu'il existe un dispositif de prise en compte des attentes des usagers. Le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau est resté pendant des années à ne pas penser à la mise en place d'un pareil dispositif. Il a fallu que l'hôpital s'engage dans la démarche qualité pour réfléchir et mettre en place une Cellule Ecoute Clients et des points focaux de communication avec les usagers de l'établissement hospitalier. Certes, la présente recherche nous a permis de collecter les besoins des usagers et des clients du point de vue de leur santé et de leur prise en charge ; mais cette cellule pourrait être renforcée par la mise en place d'une Association des usagers ou des consommateurs de santé dont les membres sont en constante négociation avec les autorités administratives.

CONCLUSION GENERALE

L'hôpital n'a pas manqué de jouer son rôle essentiel de garantir et de préserver la santé des populations. Le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau devenu Centre Hospitalier Universitaire est le témoignage d'un progrès tant au niveau institutionnel qu'organisationnel. Il doit donc être plus accessible et plus humain, notamment grâce à la performance et à la qualité de ses personnels et de ses services en matière de soins, de recherche, de formation. Par contre pendant plusieurs années, le problème de dysfonctionnements du sous-secteur hospitalier constitue le point faible du Ministère de la santé. Cet hôpital est souvent confronté à des enjeux majeurs tels que décrits dans le document.

La première partie du document montre la complexité et la multi dimensionnalité du sujet. De la problématique à la revue de la littérature, nous avons compris

qu'il faudrait cerner la gouvernance hospitalière sous deux-angles : celui de la gouvernance d'entreprise qui prend en compte les aspects administratifs notamment l'ensemble du système de la gestion hospitalière; et celui la gouvernance clinique qui prend en compte l'offre de soins et ses enjeux. Cette complexité du phénomène, difficile à aborder, nous a entraînés dans la mise en place d'un dispositif d'investigation fait d'une pluralité d'approches et de méthodes.

A la fin de la deuxième partie, il apparaît que l'institution et l'organisation hospitalière sont des réalités anciennes. Premièrement elles ont suivi le courant de colonisation française jusqu'aux années 1990. De divers politiques macroéconomiques les ont transformées en leur donnant d'autres visions, politiques, textes de lois, statuts et décrets. Plusieurs textes ont connu la désuétude avec le temps pendant que d'autres ont été récemment légiférés en fonction des politiques gouvernementales et en fonction du niveau actuel du développement des hôpitaux. Quant à l'organisation hospitalière, elle est calquée sur le contenu des statuts et sur le Plan National du Développement du Sous-Secteur Hospitalier. L'évolution de cette organisation est positive et portera des changements appréciables dans un avenir proche ou lointain.

Quant à l'offre de soins, son analyse a entraîné celle des acteurs du point de vue des rôles et des responsabilités. Les rôles sont associés à l'ensemble du personnel quelle que soit les catégories professionnelles ; tandis que les

responsabilités sont des attributions accordées soit par le Ministre de la Santé ; soit par le l'Autorité dirigeante de l'hôpital. Des forces et faiblesses sont identifiées à tous ces niveaux institutionnel, organisationnel et de l'offre de soins.

Nous retenons pour achever notre travail que les différents plans stratégiques de développement jusque-là portent les indices de ces faiblesses. Les dysfonctionnements notés sont le résultat d'une défaillance en matière de la législation, de la structuration, de la planification stratégique, et de l'organisation au niveau central avant d'être une question de mauvaise gestion et de faible performance au niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire.

Les troisième et quatrième parties ont révélé les problèmes qui jalonnent l'offre de soins. La manière avec laquelle nous les avons abordés diffère de celle des autres parties du document. Nous nous sommes dit que ces problèmes représentent des éléments à la fois intégrés aux processus de soins et ceux de sortie du processus de la gouvernance hospitalière.

Les problèmes qui affectent l'ensemble des processus et qui constituent un obstacle à la bonne gouvernance sont d'ordre conflictuel et éthique. Au niveau des conflits, les rapports de force sont toujours en faveur de la partie prenante des travailleurs qui réclament leurs droits, bien qu'ils ne fassent pas légitimement et complètement leurs devoirs. L.es problèmes de manque d'intrants sont courants et affectent certains services sensibles, mais n'handicapent le fonctionnement de

tout l'hôpital. Tout semble croire que la faible viabilité économique et financière liée pour la plupart au financement d'activités non programmées, est la cause fondamentale du dysfonctionnement de certains services. A cela s'ajoutent les problèmes d'ordre éthique comme les relations défectueuses entre le personnel et l'administration, entre le personnel et les patients ; les problèmes de détournement des biens matériels vers des structures privées et même des patients. Il nous paraît utile de signaler que la question de l'éthique en milieu hospitalier est et reste primordiale. Elle devra susciter des études particulières. Notre souhait est que l'hôpital retrouve sa première vocation de noblesse où l'altruisme, le bénévolat, et l'humanisme soient les maîtres mots qui caractérisent son fonctionnement. Aussi, les propositions de résolution des problèmes institutionnels et organisationnels méritent d'être prises en compte en vue pour servir de modèles en matière de la nouvelle gouvernance hospitalière pour l'ensemble des structures du sous- secteur hospitalier béninois.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1	ABBAD, J., 2001, Organisation et management hospitalier, mieux gérer les ressources humaines à l'hôpital, éd BERGER-LEVRAULT, Condé sur Noireau, France
2	ADAM, P ; HERZLIECH, C., 1994, Sociologie de la maladie et de la médecine, Ed Nathan. Paris.
3	ADAM, G ; REYNAUD, J. D., 2000, Conflits du travail et changement social, Paris : PUF.
4	AHOUANSOU, C., 2010, QUESTIONS DIRECTES ou le manifeste social, Coll Les Editions du. CAAREC, Cotonou.
5	ALBARELLO, L. et al., 1995, Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales, Ed Armand Colin, Paris.
6	
7	ALISTER, C ; GRANT, G., 1972, Éthique médicale pratique, Oxford University Press, NEW ZELAND.
8	ALTER, N., 1996, Sociologie de l'entreprise de l'innovation, PUF, Paris.
9	AMBLARD, H., 1996, Les nouvelles approches sociologiques des organisations, Ed du Seuil, Paris.

10 AMOUSSOU, P., 2012, Check up du patient béninois, dans revue *Magazine La Nation* N° hors-série Août 2012, Ed ONIP, Université d'Abomey Calavi.

11 AMOUZOUVI, M., 2008, le rapport du C2 du mémoire présenté à mon étudiant(e), éd du PIE, Université d'Abomey Calavi.

12 ANCORI, B., 1992, Apprendre, se souvenir, décider. Une nouvelle rationalité de l'organisation, CNRS Éditions, Paris.

13 ANSART, P., 1990, *Les sociologies contemporaines*, Ed du Seuil, Paris.

14 ANSOFF, H. I., 1989, Stratégie du développement de l'entreprise, Editions d'Organisation, Paris

15 ARBORIO, M., 1995, « Les professionnels de santé » dans Revue *Sciences sociales et Santé*, V13 ; n°3, EHESS, Paris.

16 ARBORIO, A., 1996, Les aides-soignantes à travers l'hôpital, trajectoires sociales et ajustements institutionnels. Thèse pour le doctorat de sociologie sous la direction de Cl. HERZLIECH, EHESS, Paris.

17 ARIES, P., 1975, Essai sur l'histoire de la mort en Occident, Ed du Seuil, Paris.

18 ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS ; SEGOUIN, C., 1998, L'accréditation des établissements de santé : de l'expérience internationale à l'application française ; éd AP-HP, Paris.

19 ASSOCIATION NATIONALE DES COMMUNES DU BENIN, 2007, Auto-évaluation de la gouvernance locale au BENIN, JC PRESS-inter. Cotonou.

20 AUBERT, J ; GILBERT, P. et **al**., 2002, Management des compétences : réalisations, concepts et analyses, *éd* Dunod. Paris.

21 AUGE, M., 1986, *« Anthropologie de la maladie », in l'Homme,*

Anthropologie : État des lieux, éd. Des archives contemporaines, Paris.

22 AUGE, Marc ; HERZLICH, C . 1984, Le sens du mal, *Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie,* éd. Des archives contemporaines, Paris.

23 AYALA, C., 1981, Analyse du Système de santé au Venezuela, Mémoire 3ème cycle, Université Paris 1(directeur de mémoire : Professeur H. SAN Martin).

24 BALANDIER, G., 1955, Sociologie actuelle de l'Afrique noire ; 1982, Collection « Quadrige », 39. 4ème éd ; Presse Universitaire de France.

25 BALIQUE, H., 2004, L'hôpital public en Afrique Francophone in revue *Médecine Tropicale,* Marseille.

26 BARBARA, S ; KATE, CH., 1998, De la recherche à l'action : Comment la recherche opérationnelle améliore les services de santé, USA.

27 BARON, X., 1993, La gestion prévisionnelle des ressources humaines, dans *Cahier Français* n° 263 juillet –septembre, Centre Hospitalier Universitaire de Poitier.

28 BATIFOULIER, P., 1991, Incitations et conventions dans l'allocation des ressources. Une application à l'économie de la santé. Thèse de doctorat en sciences économiques, Université Paris X-Nanterre.

29 BEJEAN, S., 1997, Les nouvelles approches théoriques en économie de la santé : fondements épistémologiques, divergences et c*onvergences,* Ed John Libbey Eurotext, Paris.

30 BENOIST, J., 2002, Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie. Tome 1, AMADES, Diffusion Karthala, Paris.

31 BELANGER, P., 1988, « Santé et services sociaux au Québec : un système en otage ou en crise ? De l'analyse stratégique aux

modes de régulation », dans *Revue internationale d'action communautaire*, Canada.

32 BENIN –PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE, 2001, Planification, article dans *2ème Programme d'Action du Gouvernement.* Cotonou, Edition Promotion Afrique International, Cotonou.

33 BENOIST, J., 2008, Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie. Tome 1, AMADES Diffusion Karthala, Paris.

34 BERTHET, E., 1976, « La politique sanitaire dans les pays du TIERS MONDE. », *rapport présenté à l'Assemblée générale de l'Union Internationale d'Éducation pour la Santé à Ottawa*.

35 BIAOU, G., 2005, Dimension économique et sociale du développement durable, UAC, CIFRED, Centre des publications universitaires, Abomey-Calavi.

36 BIAOU, G., 2000, Coopérer et agir autrement pour un mieux-être. Stratégies et actions du Centre Béninois pour le Développement Durable. Edition des Flamboyants et Omni-Image Edition, Cotonou.

37 BIERSCHENK, T ; OLIVIER DE SARDAN J-P., 1997, « Local powers and a distant state in rural Central African Republic», dans *Journal of Modern African Studies*, éd Karthala, Paris.

38 BLANCHET, A ; GOTMAN, A ., 2001, L'enquête et ses méthodes : l'entretien ; Collection Sociologie, Ed Nathan Université, Edition Claire Hennaut, Paris.

39 BOURDIEU, P., 1984, La grève et l'action publique dans *Questions de sociologie*, éd Minuit, Paris.

40 BOURQUE, R ; THUDEROZ, C., 1984, Sociologie de la négociation, éd La découverte, Paris.

41 BOUDON, R., 1967, L'analyse mathématique des faits sociaux, éd. Plon, Paris.

42 BOUDON, R., 1969, « L'analyse secondaire et sondages sociologiques », article dans *revue Cahiers internationaux de sociologie*, vol XLVII, éd. PUF, Paris

43 BOURDIEU P ; CHAMBOREDON J C. et al., 1980, *Le métier du sociologue, préalables épistémologiques* ; 3ème édition MOUTON, Paris.

44 BROSSARD, M ; MAURICE, M., 1974. « Existe-t-il un modèle universel des structures d'organisation *? »* dans *Sociologie du travail,* Paris

45 BROWNLEE, A., 1993, La recherche sur les systèmes de santé : un outil de gestion dans « *série sur la formation à la recherche sur les systèmes de santé V1* », Canada K1G13H9.

46 BRUEL, O., 1998, *Politique d'achats et approvisionnement,* Edition Dunod, Paris.

47 CAMPBELL, B; CREPEAU, F., 2000, Gouvernance, réformes institutionnelles et l'émergence de nouveaux cadres normatifs, in *Cahiers du Centre d'Etude sur le droit international et la mondialisation,* Québec, Montréal.

48 CAMUS, A ; DODIER, N., 1994, *L'intérêt pour les patients à l'entrée de l'hôpital. Enquête sociologique dans un service d'urgences médicales*, CERMES, Paris.

49 CENTRE NATIONAL POUR LE DEVELOPPEMENT DURABLE, 2002, Document de stratégie d'intégration des préoccupations environnementales aux considérations socio-économiques, Cotonou.

50 CENTRE DE RECHERCHE POUR LE DEVELOPPEMENT INTERNATIONNAL ; BROWNLEE, A., 1993, *Recherche sur les systèmes de santé, un outil de gestion* ; Collection ARC-HIV, OTTAWA.

51 CHARREAUX, G., 2010, La gouvernance hospitalière : quelques réflexions à partir de la gouvernance des entreprises ;

dans *Cahier du FARGO* n°1100705 Cedex, Paris.

52 CHARREAUX, G., 2010, La gouvernance hospitalière : quelques réflexions à partir de la gouvernance d'entreprise, dans *« Cahier du FARGO »*, n°1100705 de juillet, Paris.

53 CHAUVENET, A., 1972, La qualification en milieu hospitalier, dans « Sociologie du travail ». v 15, Paris.

54 CHAZEL, F ; BOUDON, R. et al., 1970, L'analyse des processus sociaux, Mouton, coll. « Méthodes de la sociologie », Paris.

55 CHEVAU, J.P ; OLIVIER DE SARDAN, J.P ., 2001, Pluralité des normes et leurs dynamiques en Afrique, Wint, Ed Karthalla, Paris.

56 CHIAPPORI, P-A ; ORFALI, K., 1997, *Préférences et interactions : une mise en perspective,* revue française de sociologie XXXVIII, Paris

57 CIBOIS, Ph., 1991, L'analyse factorielle, coll. « Que sais-je », PUF, Paris.

58 COHEN, Y., 1995, La modernisation des soins infirmiers dans la province de Québec, revue Sciences sociales et Santé, Paris.

59 COMELIN, B., 2001, *Le gouvernement d'entreprise,* la Bourse et les entreprises, Cahiers français n°277, Paris.

60 CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES, 2009, Servir la collectivité et garantir la qualité, Journée internationale de l'infirmière, 12 mai, Genève.

61 CONTANDRIOPOULOS, A ; SOUTEYRAND, Y ., 1996, L'hôpital en mutation : d'un modèle à l'autre, in *L'hôpital stratège. Dynamique locale et offre de soins,* coordonné par Contandriopoulos A. P., Souteyrand, Y., Montrouge, John Libbey Eurotext, Paris.

62 CONTANDRIOPOULOS, A., 2003 ; Les enjeux éthiques

associés à la transformation des systèmes de soins, éthique publique, Paris.

63 COOPERATION CHG-LAVAL-CHD-OP ; LEROUX, R., 2003, *Rapport d'activités menées au service biomédical du CHD-OP*, Porto-Novo.

64 CROZIER, M ; FRIEDBERG, E., 1981, L'acteur et le système, Éditions du Seuil, coll Points Essais, Paris.

65 CROZIER, M ; FRIEDBERG, E., 1977, L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective, Éditions du Seuil, coll. Points Essais, Paris.

66 CROZIER, M. 1987, L'analyse stratégique en milieu hospitalier, pertinence et méthodologie dans revue *Gestions hospitalières* n°261», France.

67 DARBON, S ; LETOURMY, A ., 1988, Analyse économique des facteurs contextuels de la dépense médicale, LEST/CERMES, Paris.

68 DEROY, X., 2007, Formes de l'agir stratégique ; éd de Boek, BRUXELLE.

69 DESCHAMP, J-P ; MANDERCHEID, J-C. et al., 1994, Modèles et principes en éducation pour la santé, article dans *Revue Française de pédagogie* v107, Paris.

70 DODIER, N., 1993, L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement, Métallié, Paris.

71 DOSSOUVI, B ; VODOUNON, J., 2005, « Mise en œuvre de la démarche qualité, expérience de l'hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune Cotonou », in *RESHAOC, la démarche qualité à l'hôpital*, 7- 10 juin, Cotonou.

72 DRHIMER S.A., 2004, Contribution à l'élaboration d'une vision de l'hôpital public marocain à l'horizon 2014, mémoire de maîtrise en administration sanitaire et santé publique, INAS, Maroc.

73 DUBOIS, J., 1992, Réfléchir pour mesurer, Dimensions sociales de l'Ajustement, document de travail, Banque mondiale, Washington D.C.

74 DURIEUX, P. et al, 1994. Les recommandations pour la pratique clinique, dans *l'évaluation médicale, du concept à la pratique,* Ed Flammarion, Paris.

75 DURKEIM, E. 1901, les règles de la méthode sociologique, 1ère édition Flammarion Paris.

76 DUVERGER, M., 1973, Sociologie de la politique, Collection THEMIS éd. PUF, Paris 1.

77 FABRE, P ; SEPARI, S ; SOLLE, G. et al. 2007, Management de contrôle de gestion, Ed Dunod, Baume-les Dames.

78 FAINZANG, S., 2008. « L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales, récents développements et nouvelles problématiques », in revue *Sciences sociales et santé, V19,* Publié par CNRS et John Libbey EUROTEXT, Paris.

79 FAUCHEUX, S; O'CONNOR. , 1994, Conditions and indicators of sustainable development in *an ecological-economic framework*, cahier du C3E, n°94, USA.

80 FEDERATION INTERNATIONALE DES HÔPITAUX., 2005, la gouvernance environnementale au sein des hôpitaux, 34ème congrès, Nice.

81 FERREOL, G ; CAUCHE, P. et al, 2004, Dictionnaire de sociologie, éd Armand colin, Paris.

82 FERONI, I ; KOBER, A., 1995, L'autonomie des infirmières. Une comparaison France/France, art, *revue Sciences sociales et Santé*, v13, Paris.

83 FILON, J., 1991, Vision et relations : clés du succès de l'entrepreneur, les éditions de l'entrepreneur, Montréal.

84 FOURCADE, A ; RICOUR, L ; GARNERIN, P.,1997, La

démarche qualité dans un établissement de santé dans *les guides de l'AP-HP*, DOIN, Paris.
85 GASPARINI, W.,1996, Enjeux de l'engagement associatif. « *Contribution à une sociologie de l'organisation sportive locale* ». Thèse de doctorat en sociologie(2tomes), Université des sciences humaines. Strasbourg.
86 GLELE, K. R ; KODOTE G. G., 2004, Techniques statistiques uni variées et multi variées, INRA, Cotonou.
87 GOMEZ, P.-Y., 1996, Le gouvernement de l'entreprise. Modèles économiques de l'entreprise et pratiques de gestion, Inter-édition/Masson, Paris.
88 GONET, F., 1994, « Application du raisonnement stratégique et systémique aux hôpitaux publics », in F. Pavé (éd.) *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Éditions du Seuil, Paris.
89 KITI, C., 2010, Le pouvoir politique au service du bien commun, in Bulletin Chemins d'espérance n° 26, Tchanvèdji, Bénin.
90 GURVITCH, G., 1967, La vocation actuelle de la sociologie, 1ère éd 1957, Paris.
91 HARDY, J., 2005, De l'expérimentation à la pérennisation de la gestion des pôles « La contractualisation interne : Points forts et nécessités de renouvellement d'une démarche novatrice », in *La lettre de la nouvelle gouvernance hospitalière,* n°2 sept, oct, France.
92 HELLRIEGEL, G ; SLOCUM, J.W ; WOODMAN, R.W., 1989, Sociologie des organisations, Collection nouveaux horizons, 5ème édition de BOECK, Bruxelles.
93 HODONOU, G., 2011, Le système de santé du Bénin, état et perspectives, bibliothèque nationale, dépôt légal n° 5362 ISBN. Porto-Novo.

94 HOUNGBADJI, L ; 2010, La grève sauvage dans le secteur santé en dépit des efforts du gouvernement ; à qui profitent les morts, dans revue « le Bénin bien construit », Cotonou.

95 HOUNGBEDJI V. D., 1994, La réhabilitation des infrastructures du CHD-O : problèmes et perspectives, mémoire de fin de cycle 1 de l'ENA, UAC.

96 HOUTAUD, A., 1976, Recherche sur les facteurs psychosociaux de la santé, 3vol; thèse de doctorat en Sociologie, Dijon.

97 HUFTY, M. et al., 2007, La gouvernance est un concept opérationnel ? « *propositions pour un cadre analytique* », V7, Université de Liège.

98 IMBERT, J. MOLLAT, M. et al. 1982, Histoire des hôpitaux en Franc*e*, Editions Privat, Toulouse.

99 JAFFRE, Y. OLIVIER de SARDAN, J.P., 2003, Une médecine inhospitalière, les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, collection Homme et Société, éd Karthala, Paris.

100 JASPARD, J.M., 1986, « Introduction pluridisciplinaire : la santé comme paradigme », dans *cahiers des Sciences familiales et sexologiques*, n° 10, France.

101 KELLERHALS J ; LANGUIN N ; al., 2000, Les formes du sentiment de responsabilité dans les mentalités contemporaines, art dans *Revue Française de Sociologie* n°412, France.

102 KERLAU, M., 1998, L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses en santé art, *revue Sciences sociales et Santé,* v16, Paris.

103 KINDE, G ; 2011, Situation des équipements au Bénin, article paru dans « journal CANAL 3 », Cotonou.

104	KUTY, O., 1973, Le pouvoir du malade, analyse sociologique des unités de rein artificiel. Thèse de sociologie sous la direction de M. CROZIER, Université Paris V.
105	LAFONTAINE, M., 2000, Santé et Culture en Afrique : Une expérience au Nord-Cameroun, Ed Afrique 2000, Harmattan, Cameroun.
106	LALA, B., 2005, « Sécurité des malades dans la région africaine, in RESHAOC, *La démarche qualité à l'hôpital*, 7-10 juin, Cotonou.
107	LAMBERT, A ; LE MEUR, P.Y., 2002, Guide opérationnel pour une prise en compte des groupes d'acteurs dans les politiques de lutte contre la pauvreté et les inégalités, éd. GRET-MAE, juillet 2002, Gao/Mali.
108	LAPASSADE, G., LOURAU, R., 1979, Clefs pour la sociologie, Seghers, France.
109	LIVIAN, Y., 2001, Organisation : théories et pratiques, éd Dunod, Paris.
110	LIVIAN, Y., 2004 Organisation : Management comparé, éd Economica, Paris.
111	LOOSDREGT, H-B., 2004, Prévenir les risques éthiques de votre entreprise, Ed INSEP CONSULTING,Condé-sur-Noireau France.
112	LUSTHAUS C ; ADRIEN M-H et al., 2003, Evaluation organisationnelle, cadre pour l'amélioration de la performance, éd les Presses Universitaire de Laval, CRDI, Canada.
113	MASSE, R., 1997, « Les mirages de la rationalité des savoirs médicaux » *Anthropologie et société,* Montréal ; Gaétan Morin, Montréal.
114	MAUSS, M., 1993, Sociologie et anthropologie, 1ère éd 1950, 4ème éd Quadrige collection PUF, Paris.

115	MEBTOUL, M ; COOK, J ; GRANGO, J-P., 1998, les jugements des médecins algériens sur l'activité des soins ; une identité professionnelle in *revue Sciences sociales et santé, V.16* CNRS ; éd John Libby EUROTEST, Paris.
116	MICHEL, B., 2003, L'art de la thèse Comment préparer et rédiger une thèse de doctorat, un mémoire de DEA ou de maîtrise ou tout autre travail universitaire ; Collection repères, Nouv.édition, Paris.
117	MINISTERE DE LA SANTE/DPP , 2007, Annuaire des statistiques sanitaires, année 2007 publié par l'USAID, PISAF Cotonou.
118	MINISTERE DE LA SANTE, DIEM, 2002, Politique de maintenance des infrastructures, des équipements médio-techniques et du parc automobile en République du Bénin, publié par POLYTECH 21, Cotonou.
119	MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE , 2002, Politique et stratégies nationales du développement du secteur santé 2002-2006. Cotonou.
120	MINISTERE DE LA SANTE , 2007, Rapport des Etats Généraux de la Santé, 21- 23 novembre 2007, Cotonou.
121	MINISTERE DE LA SANTE, DIRECTION DES HÔPITAUX, 2007, *Plan stratégique de développement des hôpitaux 2008-2012*, 80p, Bohicon, Bénin.
122	MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE, 2006, « Usagers, vos droits, Charte de la personne hospitalisée » dans *Circulaire DHOS/ε2/DGS/SDD/2002 du 19 février 2002*. France.
123	MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES, ERIC DE ROODENBEKE, 2001, *Guide en organisation hospitalière dans les pays en développement*, Paris.
124	MINISTERE DE LA SANTE, COOPERATION BELGE,

	2012, Audit institutionnel et organisationnel du sous-secteur hospitalier du Bénin, Cotonou.
125	MINISTERE DE LA SANTE, PISAF/BENIN, 2012, Manuel de procédures de Planification ascendante Intégrée, Cotonou.
126	MINTZBERT, H., 1984, Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre, éditions d'organisation, Paris.
127	MOINARD, D., 2005, « Le CHU de Toulouse, de l'expérimentation à la pérennisation de la gestion par pôles » in *La Lettre de la nouvelle gouvernance hospitalière*, n° 2, sept-oct , France.
128	MORDELET, P., 2009, Reconfiguration et transformation de l'hôpital dans les systèmes de santé occidentaux, dans « *la réforme de l'hôpital »*, série La Documentation française, n°352, Paris.
129	MOSSE, P., 1998, La rationalisation des pratiques médicales, entre efficacité et effectivité, art, revue Sciences sociales et Santé, V16, Paris.
130	NOUKPO, A., 2012, Initiation à la méthode de travail (licence, Master, Doctorat *;* Collection Initiatives n°3 ; Editions populaires africaines (EPA/CERADI), Porto-Novo.
131	OLIVIER DE SARDAN, J,-P, BIERSCHENK, T. (éds), 1998, Les pouvoirs au village. Le Bénin rural entre démocratisation et décentralisation, Karthala, Paris.
132	OLOUDE, B ; SINOU, A., 2000, Porto-Novo, ville d'Afrique Noire , Architectures traditionnelles ; Parenthèses-ORSTOM , Cotonou.
133	PAICHELER, G., 1995, Les professions de soins : territoires et empiètements, revue *Sciences sociales et Santé, v 13*, Éd. CNRS et John Libbey Eurotest, Paris.
134	PELICIER, Y ; THUILLIER, G., 1980, Le citoyen et sa santé, une aide à la réflexion, Ed Economica, Paris.

135	PENNEAU J., 1996, La responsabilité du médecin, collection DALLOZ, Paris.
136	PIERRE-JOSEPH, L., 1999, « La construction sociale des maladies ». *Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest.* Sous la direction de Yannick JAFFRE et Jean Pierre OLIVIER DE SARDAN, PUF, coll.'' Les champs de la santé'' Paris.
137	QUIVY, R ; CAMPENHOUDT, L.V., 1995, Manuel de recherche en sciences sociales, 2ème édition Dunod, Paris.
138	ROCHER, G., 1968, Introduction à la sociologie générale- *tome 1: L'Action sociale,* Collection Points, éd. HMH, Paris.
139	ROMATET J-J., 2007, « Performance hospitalière et développement durable, 16ème journée nationale de l'ADH » *La démarche de haute qualité environnementale dans la construction de l'hôpital PASTEUR* 2, 22 – 23 mars, CHU Nice.
140	SAILLANT, F ; BOULIANE, M ., 2003, Transformations sociales, genre et santé : perspectives critiques et comparatives, éd. Les presses de l'Université Laval ; (etc.), Le harmattan, Paris.
141	SAIZONOU, J ; DE BROUWERE, V ; DRAMAIX-WILMER, M., 2003, Audit de la qualité de prise en charge des « échappées belle au Bénin, dans *cahiers santé,* vol, 16 ; N° 1 janvier, février mars 2006, Cotonou.
142	SAN MARTIN, H., 1987, Santé publique et médecine préventive, 2ème éd Masson, Paris-New York-Barcelone-Milan-Mexico-Sâo Paulo.
143	SARRA, W ; 2010, La technique de groupe nominal, article de http://volontariatacj.over-blog.com, Canada.
144	SIGERIST, H., 1941, Medicine and welfare, New Haven, USA.

145 TESTA, J; DAHAN, C; QUARANTA, J.F; STACCINI, P., 2005, Evaluation de la qualité des soins à l'hôpital in RESHAOC, *la démarche qualité à l'hôpital*, 7- 10 juin, Cotonou.

146 TILMAN, F ; 2005, Analyse institutionnelle, Acteurs, Pouvoir, Lois, Le GRAIN asbl Paris.

147 TONDA, J., 2005, « Repenser la gouvernance de la santé : de la normalisation coloniale aux prescriptions postcoloniales » art dans *Repenser le développement africain, au-delà de l'impasse, les alternatives,* Bull CODESRIA, n° 3 et 4, 11ème Assemblée Générale, Maputo, Mozambique.

148 TONNEAU, D., 1998, Vers un changement des pratiques médicales, article, *revue Sciences sociales et santé*, v16, n°4, éd CNRS et Libbey Eurotest, Paris.

149 VASSY, C., 1997, Le travail en équipe à l'hôpital, Comparaison de l'organisation de six services de neurologie en Allemagne. Thèse de sociologie sous la direction d'E. Friedberg, Institut d'Études Politiques, Paris.

150 VASSY, C ; RENARD, F., 1992, Quels malades pour l'hôpital public ? Gérer et comprendre. Annales des Mines, Paris.

151 VEGA, A., 1994, L'identité des infirmières hospitalières françaises. Construction et prégnance de l'image de la femme soignante. Thèse d'anthropologie sous la direction de M. AUGE, EHESS, Paris.

152 WEBER, M., 2002, Le savant et le politique, coll 10/18, Paris

153 WORM, J.P., 1994, « Mais si, on peut changer la société par décret ! in F. Pavé (éd.), *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier, sa genèse, ses explications et ses problèmes actuels,* éditions du Seuil, Paris.

ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire de consentement éclairé et essai d'explication des réticences des personnes enquêtées

1-1- ***FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE***

Avant de commencer les entretiens, les enquêteurs ont présenté aux personnes enquêtés le but et les objectifs de l'étude, ainsi que les avantages qu'ils peuvent y tirer. Ensuite ils reçoivent leur adhésion en leur faisant signer ou approuver le contenu du formulaire libellé de la manière suivante :

J'ai lu /fait lire et compris les informations sur le but de l'étude sur la satisfaction du patient au Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau. J'ai posé toutes les questions sur le sujet et compris toutes les informations qui m'ont été données spécialement celles concernant les avantages et les inconvénients du fait de ma participation à cette étude :

Ma participation à cette étude est volontaire ;

Les données qui me concernent seront gardées confidentiellement ;

Les informations collectées pourront être publiées, sous anonymat, dans des revues scientifiques ;

Considérant ces trois points, je consens librement à participer à cette enquête.

Signature du ou de la participant(e):

A l'intention de l'enquêteur :

Je soussigné avoir expliqué tous les détails concernant l'étude au participant indiqué ci-dessus et atteste qu'il a compris et donné son consentement

Nom et Prénom de	l'enquêteur	

Date de plainte
Signature :

1-2- Essai d'explication des réticences des personnes enquêtées

Pour la majorité des usagers, la réticence est liée à la crainte de se faire maltraiter pat le personnel soignant. Cette crainte et dissipée après qu'ils aient compris le but et les objectifs de l'étude

Par contre, pour certains agents de santé, la réticence s'explique par le fait qu'ils se sentent complices de malversations ou qu'ils sont reprochés par leurs collègues pour leurs mauvaises conduites vis-à-vis des usagers. Cette réticence explique le refus de remplir les fiches d'enquêtes, malgré le garanti d'anonymat prévu dans le traitement et l'analyse des données. Ici, le biais lié à la personnalité du chercheur est faible car toutes les fiches ont été traitées dans la stricte confidentialité et que les résultats ne seront communiqués à personne autre que le Directeur de l'hôpital et ce, après la soutenance. Pour éviter ces réticences, nous avions pris la précaution de mettre les enquêtés en confiance en leur lisant la fiche de consentement éclairé ; les patients hospitalisés sont informés 24h avant notre passage, lequel est souvent nocturne.

Annexe 2 : Outils de collecte des données

Grille d'évaluation adressée au Personnel administratif

N°	OUTILS ET ORGANES DE GESTION	LIBELLE	OUI	NON	Justifiez votre réponse
1	Règlement intérieur	Existe ?			
		Connu de l'ensemble du personnel?			
		Non connu de l'ensemble du personnel ?			
		En connaissez-vous le contenu ?			
		Selon vous, ce contenu est – il respecté ?			
		Par vous –même ?			
		Par les autorités ?			
2	Projet	Existe ?			
3	Charte du patient	Existe ?			
4	Conseil	Existe ?			
		Siège- t-il fréquemment ?			Combien /an ?
5	Comité de direction de Direction	Existe ?			
		Siège- t-il fréquemment ?			Combien /an ?
6	Comité technique d'Hygiène et de	Existe ?			
	Sécurité	Fonctionnel ?			
7	Budget	Existe ?			

	Implication des services dans son élaboration ?			

Grille d'analyse de l'organisation interne de l'Hôpital

Variables Ou facteurs	Niveau 1 Score 0	Niveau 2 Score 1	Niveau 3 Score 2	Niveau 4 Score 3
NOMSESS	Moins de 2 Sessions	2 sessions ordinaires	N2+ au moins une session	N3 + délais prescrits
(ABCD)	ordinaires		extraordinaire	
SERFONC	Moins de 5 services non	5 ou 6 services peu	7 à 10 services	>à 10 services bien
(ABCDE)	fonctionnels	fonctionnels	fonctionnels	fonctionnels
FONCOM	Aucune	Moins de deux	2 à 3	4 et plus
(ABCDE)				
ADEPROPO	Moins de	50% et 60%	60% et 70%	70% et 100%
(ABCDE)	50%			

Gestion administrative et financière

Elle comporte comme variables l'adoption du budget dans un délai raisonnable (ADBUDGE), le taux d'exécution du budget (TXEBUDGE), le respect des procédures d'achat (RESPROPAM), l'existence d'infrastructures administratives et des responsables qui les animent (FOLYARCH), le taux d'exécution du Plan de travail annuel (TXPTA).

Grille d'analyse de la gestion administrative et financière

Variables ou facteurs	Niveau 1 (score 0)	Niveau 2 (score 1)	Niveau 3 (score 2)	Niveau 4 (Score 3)
ADBUDGE (ABCE)	Après mars ou après un délai de deux mois après réception message	Entre le 1er janvier et le 31 mars	Fin décembre ou dans le 1er mois après réception des informations	Le budget de l'annéeest adopté fin novembre.
TXEBUDGE (ABCE)	< à 50%	50% et 70%	70% et 90%	> à 90%
RESPROPAM (ABCE)	< à 50%	50% et 70%	70% et 90%	> à 90%
FOSYCLARCH (AC)	Pas de local pour les archives	Pas de local mais archivage inter services	Existence de local + un responsable chargé d'archiver	Un bureau + un responsable + du matériel adéquat
TXPTA (ABCDE)	< à 50%	50% et 70%	70% et 90%	> à 90%

Information, Participation et Genre

Codes des variables :

Information des acteurs = INFOACT ; Implication des acteurs = IMPLICAT

Implication des femmes = IMPLIFEM ; Nombre d'actions spécifiques en faveur des femmes = NOMACTSP ; Mécanisme d'information du public = MECAINF

Grille d'analyse de l'information, de la participtaion et du genre

Variable/ facteurs	Niveau 1 (score 0)	Niveau 2 (score 1)	Niveau 3 (score 2)	Niveau 4 (Score 3)
INFOACT (ABDE)	Pas système Information	Affichage décisions à l'administration	N2 + affichage dans les services	N3 + information par les médias
IMPLICACT (ABCDE)	Aucune implication des Acteurs	Audiences officielles	N2 + consultation des délégués et syndicats	N3 + existence cadre formel d'implication des acteurs
IMPLIFEM (ABCDE)	Ne sont jamais Consultées	Rarement	Souvent	Toujours

NOMACSP (ABCDE)	< à 2	Entre 2 et 4	Entre 4 et 6	+ de 6
MECAINF (ABCDE)	Absence d'affichage	Affichage des prestations et des prix dans les	Affichage + information de proximité + les	N3 + Mise en œuvre de plan communication

Les prestations hospitalières

Codes des variables :

Hygiène hospitalière = 1 ; Maintenance = 2 Achats divers = 3 ; Assistance sociale = 4 ; Assurance qualité = 5 ; Statistique sanitaire = 6

Grille d'analyse des prestations hospitalières

Variable facteur	ou	Niveau 1 (score 0)	Niveau 2 (score 1)	Niveau 3 (score 2)	Niveau 4 (Score 3)
1 ABCDE		Pas de Structure interne	Existence de structure avec de personnel compétent	de matériels	N3 + plan d'entretien + bonne qualité de travail effectué
2 ABCDE		Pas de structure Interne responsable	Existence de structure avec de personnel compétent	N2 + Avec De Matériels	N3 + plan de maintenance + bonne qualité de travail effectué
3 ABCDE		Commandes pas faites à temps	Commandes pas faites auprès de fournisseurs agréés	Commandes faites et livrées à temps	N3 + Coordination des achats / secteur technique
4 ABCDE		Pas de structure interne	Existence de structure avec de personnel compétent	N2 + avec suffisamment de matériels	N3 + bonne couverture des besoins d'assistance
5 ABCDE		Pas de structure interne responsable	Existence de structure interne avec un responsable	N2 + amorce d'une démarche de management de la qualité	N3 + amorce d'une démarche de certification
6		ABCDE	Pas	structure interne	Existence structure

interne	N2 + bonne gestion de l'information	N3 + disponibilité satisfaisante d'informations

La mobilisation des ressources

Codes des variables :

Accroissement du taux des recouvrement = ACTURE, Accroissement des ressources extérieurs = ACREEXT

Grille d'analyse de la mobilisation des ressources

Variables ou facteurs	Niveau 1 (score 0)	Niveau 2 (score 1)	Niveau 3 (score 2)	Niveau (Score 3)
Accroissement du taux de recouvrement (ABCDE)	Moins de 5%	Entre 5% et 10%	Entre 10% et 20%	>20%
Accroissement ressources externes (ABCDE)	Moins de 2%	Entre 2% et 8%	Entre 8% et 14%	>15%

GUIDE D'ENTRETIEN RELATIF A LA SATISFACTION DU PATIENT

Numéro d'ordre : *Structure hospitalière : Centre Hospitalier Départemental de L'Ouémé/Plateau*

Service :

Identité du patient (Le nom de la personne ne nous intéresse pas)

AGE : SEXE :

Provenance : Commune : Village ou quartier :

Ethnie: *Statut socio professionnel* : Agriculteur, éleveur, ménagère, commerçant, pêcheur, affairiste, etc. (à préciser)

Adresse : R e c o u r s (moyens : taxi moto-voiture-pieds-ambulance; *motifs ; (itinéraires* : Maison, centre de santé, clinique, médecine traditionnelle, automédication, etc.)

DANS QUELLE MESURE ETES-VOUS SATISFAIT DE VOTRE PRISE EN CHARGE AU CHD/OP ?

VOTRE ARRIVEE A L'HÔPITAL : Répondre par : *très satisfait, peu satisfait, pas du tout satisfait* par rapport à la signalisation de l'hôpital dans la ville et à celle de ses différents services à l'interne

Q*uelle est votre attente en matière de la signalisation* ?

VOTRE ACCUEIL: Répondre par : *très satisfait, peu satisfait, pas du tout satisfait* par rapport à votre accueil au sein de l'hôpital : accueil du personnel administratif, accueil du personnel soignant, accueil réservé à vos proches.

Quels sont vos souhaits en matière d'accueil ? Que proposez-vous pour améliorer les conditions d'attente des clients ?

VOS SOINS A L'HÔPITAL : Répondre par : *très satisfait, peu satisfait, pas du tout satisfait* par rapport à l'attention du personnel face à votre douleur (écoute, gentillesse, aide.), aux soins reçus

du personnel soignant, aux relations avec vos soignants, à la disponibilité de votre médecin.
Que proposez-vous pour améliorer les relations avec votre soignant ?

VOTRE HOSPITALISATION : Répondre par : *très satisfait, peu satisfait, pas du tout satisfait* par rapport au service effectué par le distributeur du repas, à la qualité du repas servi, à la literie de votre hospitalisation, à la propreté de votre salle d'hospitalisation
Quelles sont les nuisances qui vous ont gênées durant votre séjour ? Répondre par oui ou non par rapport au bruit, à la température, à la lumière et aux odeurs ; etc.

VOTRE SATISFACTION GENERALE DE L'HÔPITAL : Quelle est votre opinion sur votre séjour à l'hôpital ? Répondre par Excellent, Bonne, Mauvaise, Très mauvaise et Pourquoi ?

A2-2-QUESTIONNAIRE ET GRILLE D'EVALUATION DE LA SATISFACTION DE L'AGENT DE SANTE PAR RAPPORT LEURS BESOINS

Identification : Nom ou acronyme - sexe et âge - profession - service, ancienneté dans la fonction, dans la profession, dans le service, etc.

Date et Signature de l'enquêté :

Signature de l'enquêteur :

Questionnaire :

Pourriez – vous nous dire si vous êtes satisfait ou non des aspects suivants : Sécurité / santé au travail, Hygiène des locaux, Appui des autorités responsables de la Direction, Quantité et qualité de matériel fourni, rémunération, besoins physiologiques, votre propre travail, formation continue, gestion des conflits ? Vos réponses varieront entre très satisfait, assez satisfait, peu satisfait, pas du tout satisfait.

Grille d'évaluation adressée aux agents de santé (médecins, infirmiers, sages- femmes, etc.

N°	Facteur	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout Satisfait	Justifiez votre état de satisfaction
1	Sécurité / santé au Travail					
2	Hygiène des locaux					
3	Appui des autorités de la Direction					
4	Quantité de matériel Fourni					
5	Qualité de matériel Fourni					
6	Rémunération					
7	Besoins Physiologiques					
8	Formation continue					
9	Gestion des conflits ou malentendus					

En général, pouvez-vous nous présenter les causes de votre insatisfaction globale

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE 1

AVANT-PROPOS **Erreur ! Signet non défini.**

DEDICACE 3

REMERCIEMENTS 4

SIGLES ET ACRONYMES 6

LISTE DES TABLEAUX 8

LISTE DES FIGURES 9

LISTE DES GRAPHIQUES 9

LISTE DES ENCADRES 11

ABSTRACT 14

INTRODUCTION GENERALE 15

PARTIE 1: CADRE THEORIQUE ET PRATIQUE 20

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE 21

1-1 PROBLEMATIQUE 21

1-2 QUESTION DE RECHERCHE 29

1-3 HYPOTHESES 30

1-4 OBJECTIFS 32

1-5 MODELES THEORIQUES DE REFERENCE 32

***1-5-1 La socioanalyse ou analyse institutionnelle* 33**

***1-5-2 L'analyse stratégique* 35**

CHAPITRE 2 CONCEPTS ET REVUE DE LA LITTERATURE 40

2-1 CONCEPTS DE LA GOUVERNANCE 40

***2-1-1 Gouvernance* 41**

***2-1-1 Pouvoir et autorité* 56**

***2-1-2 Santé et la maladie* 58**

***2-1-3 Management et gestion* 63**

***2-1-4 Planification* 65**

***2-1-5 Institution et organisation.* 66**

***2-1-6 Motivation* 73**

***2-1-7 Durabilité* 75**

***2-1-8 Qualité* 77**

2-2 REVUE DE LA LITTERATURE 79

***2-2-1 Les évolutions de la gouvernance sanitaire en Afrique* 80**

***2-2-2 Gouvernance sanitaire et développement durable* 88**

***2-2-3 De la gouvernance d'entreprise à celle de l'hôpital* 92**

2-2-4 La Nouvelle Gouvernance Hospitalière 93
2-2-5 L'autonomie comme principe de la gouvernance 94
2-2-6 Rôle de l'Etat 95

CHAPITRE 3 : PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE 99

3-1 LA REPUBLIQUE DU BENIN 99
3-1-1 Caractéristiques géophysiques et écologiques 100
3-1-2 Caractéristiques géo humaines 103

3-2 LA COMMUNE DE PORTO-NOVO 104

3-3 LE SYSTEME HOSPITALIER DU BENIN 110

3-4 LE CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE L'OUEME ET DU PLATEAU (CHD/OP) 113
3-4-1 Contexte historique 113
3-4-2 Infrastructures et plateau technique 122

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE 127

4-1 CONSTITUTION DU CHAMP DE LA RECHERCHE 127

4-2 PROCESSUS DE LA RECHERCHE 134
4-2-1 Préparatifs 134
4-2-2 L'échantillonnage 137
4-2-3 La collecte des données 140

4-3 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES 144
4-3-1 Traitement des données 144
4-3-2 Analyse des données 146

PARTIE 2: INSTITUTION-ORGANISATION-OFFRE DE SOINS 150

CHAPITRE 5 : LE CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL 151

5-1 L'INSTITUTION HOSPITALIERE 151
5-1-1 Missions 151
5-1-2 Vision 152
5-1-3 Politique 153
5-1-4 Points nodaux et parties prenantes 154
5-1-5 Textes de loi 165
5-1-6 Les degrés de l'exercice de l'autorité 173

5-2 ORGANISATION ET ACTEURS EN PRESENCE 193
5-2-1 Structures en charge du développement du CHD-OP 193
5-2-2 Le Plan National du Développement Sanitaire (PNDS) 195
5-2-3 Plan Hôpital Bénin 2009-2018 198
5-2-4 Les acteurs en présence 200
5-2-5 Le processus gestionnaire 203
5-2-6 Autoévaluation de l'organisation administrative 216
5-2-7 Synthèse des forces et faiblesses de l'organisation hospitalière 228

CHAPITRE 6 : OFFRE DE SOINS 232

6-1 ACTEURS EN PRESENCE, ROLES ET RESPONSABILITES 234
6-1-1 Rôle des acteurs 235

6-1-1-1 Rôle du personnel médical, paramédical et de soutien 235
6-1-1-2 Responsabilités 241

6-2 LES FONCTIONS D'APPUI A L'OFFRE DE SOINS 243
6-2-1 Le renforcement des infrastructures hospitalières 244
6-2-2 La formation du personnel 246
6-2-3 Supervision des pratiques des professionnels de santé 248
6-2-4 Fourniture d'intrants 249
6-2-5 Management environnemental et hygiène hospitalière 250
6-2-6 Entretien et maintenance des infrastructures et équipements. 255
6-2-7 Suivi – évaluation et motivation du personnel de santé 263
6-2-8 Mobilisation des ressources 271

PARTIE 3: ENJEUX ET PROMOTION DE LA BONNE GOUVERNANCE *277*

CHAPITRE 7 : ENJEUX DE LA GOUVERNANCE CLINIQUE 278

7-1 LA SATISFACTION DU PERSONNEL 279
7-1-1 La sécurité et la santé des prestataires 279
7-1-2 L'hygiène des locaux 281
7-1-3 L'appui des autorités aux services et au personnel de santé 283
7-1-4 La rémunération du personnel 284
7-1-5 Besoins physiologiques 285
7-1-6 Satisfait pour son propre travail 287
7-1-7 Formation continue 288
7-1-8 Gestion des conflits 290
7-1-9 Synthèse des niveaux de satisfaction du personnel de santé 291
7-2 LA SATISFACTION DES USAGERS 293
7-2-1 L'accueil 296
7-2-2 l'hygiène et l'assainissement 298
7-2-3 La qualité des repas 300
7-2-4 La sécurité des patients 302
7-2-5 La qualité des soins 304
7-2-6 Le temps d'attente des usagers et d'activité des prestataires 306

7-3 ENJEUX ECONOMIQUES ET FINANCIERS 314

7-4 ENJEUX SOCIO-CULTURELS 319
7-4-1 La culture des professionnels de santé 320
7-4-2 La culture des usagers 321
7-4-3 Les conflits transversaux 321

7-5-ENJEUX ETHIQUES 327

CHAPITRE 8 : PROMOTION DE LA BONNE GOUVERNANCE 333

8-1 LA CONTRACTUALISATION 333
8-1-1 La contractualisation externe 335
8-1-2 La contractualisation interne 337

8-2 LES INTERFACES 345
8-2-1 Interface Patients – Personnels de santé 346
8-2-2 Interface Direction et fournisseurs 348
8-2-3 Interfaces entre services pour la coproduction des soins 349
8-2-4 Interfaces chefs services et Direction hospitalière 351

8-2-5 Interfaces Direction et Syndicats **352**

8-3 INSTITUTIONNALISATION DE L'ASSURANCE QUALITE **353**

PARTIE 4: DISCUSION ET PERSPECTIVES **357**

CHAPITRE 9 : DISCUSSION **358**

CHAPITRE 10 : PERSPECTIVES **377**

CONCLUSION GENERALE Erreur ! Signet non défini.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES **417**

Annexe 1 : Formulaire de consentement éclairé et essai d'explication des réticences des personnes enquêtées **433**

Annexe 2 : Outils de collecte des données **436**

TABLE DES MATIERES **445**