

Une gestion managériale des structures hospitalières du Bénin

Zongo M¹, Capochichi J², Gandaho P³, Takpara I⁴, Coppieters Y⁵

1. CRADES (Centre de Recherche et d'Appui du Développement de la Santé à la Base), Bénin.

2. Institut Régional de Santé Publique de Ouidah, Bénin.

3. Université de Parakou, Bénin.

4. CNHU-HKM, Bénin. 5. Département d'épidémiologie et promotion de la santé, Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles (ULB).

Med Trop 2009 ; **69** : 56-58

RÉSUMÉ • La gestion des services hospitaliers reste un problème dans les états africains et plus particulièrement au Bénin. Elle doit être un instrument d'aide à la définition des orientations stratégiques et des dispositions à mettre en œuvre pour les réaliser. Cet article présente des éléments de dysfonctionnement des établissements de soins au Bénin et plus particulièrement la gestion hospitalière au regard des réformes en cours. L'analyse aborde aussi les stratégies prioritaires et l'importance du rôle central de l'élément humain dans toute action d'organisation managériale. Cette organisation de management participatif demande encore beaucoup d'efforts pour son application dans les hôpitaux béninois, dont entre autres : la prise en compte de l'environnement des structures de santé dans un système ouvert, le renforcement de la formation continue des personnels, la dotation de personnel technique compétent, la création de modules de formation en gestion hospitalière.

MOTS-CLÉS • Gestion des structures hospitalières. Réformes structurelles. Recouvrement des coûts. Management hospitalier.

EFFECTIVE MANAGEMENT OF THE HOSPITAL FACILITIES IN BENIN

ABSTRACT • Hospital services remain poorly managed in African countries and in particular in Benin. Effective management must promote strategic planning and implementation of resources to achieve desired goals. The purpose of this article is to describe elements contributing to the poor performance of health care facilities in Benin and more particularly the response of hospital management within the framework of ongoing reforms. Analysis also focuses on strategic priorities and the central role of the human factor in any action to organize management. Implementation of participative management in the Beninese hospitals still requires great improvement in numerous areas including integration of health facilities into an open system, reinforcement of continuous education programs for personnel, recruitment of qualified technical personnel, and creation of training modules in hospital management.

KEY WORDS • Hospital management. Structural reforms. Covering costs. Hospital.

Plus de vingt ans après le démarrage des réformes du système sanitaire et l'initiative de Bamako, l'optimisme s'est quelque peu estompé et il n'est pas rare de lire ou d'entendre que les réformes sont à l'origine de multiples maux et défaillances des secteurs de la santé (1). Ainsi a-t-on dénoncé l'aggravation des obstacles à l'accès aux soins suite à l'introduction des mécanismes de recouvrement des coûts et de facturation des prestations dans les services publics (2). Il a été reproché à la décentralisation d'avoir causé d'importants dommages aux programmes verticaux de vaccination et de planification familiale. La régionalisation s'est traduite, selon certaines analyses, par un désengagement des Etats, la multiplication des niveaux de prise de décision et l'abandon de certaines régions pauvres ou défavorisées (3). Dans les pays en développement, la mise en œuvre des principes de l'Initiative de Bamako constituait l'essentiel des politiques d'organisation et de financement du secteur de la santé. La Banque Mondiale publiait en 1993 son rapport « Investir dans la santé » qui allait transformer l'approche en santé des pays et des organismes internationaux (4). Reformuler les systèmes de santé en place devenait un passage obligé pour consolider les quelques gains sanitaires obtenus, répondre aux nouveaux besoins induits par les multiples transitions politiques, économiques et épidémiologiques ou encore assurer un meilleur financement des services et des programmes. Toutes les études et observations sur les secteurs de la santé des pays en développement montraient les mêmes failles et allocations.

• Correspondance : mahamoudz@yahoo.fr

• Article reçu le 4/07/2008, définitivement accepté le 24/12/08.

Contexte de la gestion des structures hospitalières

Dans un pays d'environ sept millions d'habitants, où la moitié de la population est rurale, où persistent encore de nombreuses zones enclavées, les moyens mis en œuvre par les pouvoirs publics pour la promotion de la santé sont très limités. De plus, même si ces moyens atteignent un jour des niveaux convenables, leur optimisation par une gestion rationnelle restera toujours une nécessité (5). De l'avis de nombreux spécialistes, l'élément déterminant de cette optimisation est la maîtrise des dépenses de santé grâce à un management de qualité, assuré par des professionnels de la gestion hospitalière (6).

Dans la plupart des pays en développement, la masse salariale du secteur public représente la plus grande part, du budget de fonctionnement. Au Bénin, elle atteint actuellement 78% des dépenses nationales (6). De plus les nouvelles technologies médicales et informatiques, les nouveaux produits pharmaceutiques introduits en grand nombre dans les circuits de prescription, la maintenance des équipements lourds et d'autres charges encore, expliquent les coûts élevés des prestations de soins. D'où la nécessité vitale d'optimiser les ressources par la maîtrise de la gestion.

Les critiques formulées quotidiennement à l'égard des établissements de soins sont souvent fondées et justifiées. Les causes des nombreux dysfonctionnements constatés sont évidentes : insuffisance des ressources financières, déficit en ressources humaines qualifiées, flagrantes disparités dans la géo-démographie médicale, absence de carte sanitaire, technologie médicale entièrement importée, mauvaise maintenance biomédicale, indigence de la régle-

mentation et absence d'une couverture médicale généralisée dans le pays. La même litanie maintes fois répétée, fait ressortir l'absence d'une véritable politique de santé et une mauvaise gestion hospitalière (7).

La mauvaise gestion intéresse principalement la médecine curative qui absorbe la presque totalité du budget de fonctionnement du Ministère de la Santé (8). Les structures de soins constituent l'ossature fondamentale et permanente du système de santé (9) et la réforme de leur gestion en est l'élément clef. Pour être efficiente, celle-ci doit en premier lieu engager les établissements de soins vers plus d'autonomie administrative et financière (10). Ensuite, elle doit être globale, touchant les uns après les autres ou concomitamment, l'ensemble des domaines susceptibles d'influer un tant soit peu sur le fonctionnement.

Cinq domaines devraient particulièrement capter l'attention et sont complémentaires et interdépendants : (i) les ressources humaines, (ii) les ressources financières, (iii) les ressources matérielles, (iv) le système d'information et de communication et (v) le cadre d'évaluation, d'audit et de contrôle. Chacun possède un impact particulier sur la qualité des prestations. En effet, même avec des ressources financières et matérielles suffisantes et des infrastructures nombreuses et géographiquement bien réparties, lorsque les ressources humaines font défaut, sont démotivées ou ne sont pas qualifiées, aucune réforme ne peut aboutir. D'où l'importance du rôle central de l'élément humain dans toute action d'organisation managériale (11). Celle-ci conditionne bien entendu l'ensemble des autres domaines de la réforme (12). De sa qualité dépend la qualité des soins. Une mauvaise gestion, alors même que les moyens financiers existent, ne peut générer que de la non qualité.

L'école des relations humaines met en exergue l'hypothèse selon laquelle «l'importance des relations interpersonnelles dans la situation de travail prévaut sur celle des conditions de travail» (13). En effet, l'expérience de la gestion hospitalière nous montre chaque jour que l'organisation technique seule, n'explique pas l'efficacité constatée dans certains services. L'élément fondamental des relations interpersonnelles, souvent induit par un comportement social du chef, explique dans une large mesure les résultats positifs et la grande motivation des professionnels de la santé. Le sentiment d'appartenance à une équipe améliore les relations interpersonnelles et par là même augmente l'efficacité du travail (14). Contrairement aux précédentes formations reçues dans les écoles, le management doit être ici éminemment participatif (15). Enfin de nombreux auteurs insistent sur le fait que les différents paramètres d'une organisation sont liés les uns aux autres et que les interactions entre ces paramètres sont très fortes à tel point que «toute modification d'un élément aura des conséquences sur tous les autres éléments» (12).

Les principales contraintes

Cette organisation idéale de management participatif demande encore beaucoup d'efforts pour son application dans les hôpitaux béninois où la formation aux relations humaines est quasi absente, où les cloisonnements inter services facilitent peu la communication, où la charge de travail empêche tout redéploiement du personnel et où la centralisation reste encore érigée en système.

Or, à travers l'histoire des concepts organisationnels, la tendance actuelle s'oriente plus vers la prise en compte de l'environnement des structures de santé dans un système plus dynamique avec participation à la décision et une plus forte délégation des pouvoirs, basée sur des fonctions souples et évolutives, sur un organi-

gramme décentralisé et sur une prise en compte réelle du capital humain (16).

Force est de constater que l'organisation des hôpitaux au Bénin évolue encore dans un système quelque peu fermé ne tenant pas compte ou très peu de l'environnement dans lequel ces établissements évoluent. Le type de management est essentiellement directif, n'autorisant que très faiblement les délégations des pouvoirs. La rétention de l'information est encore chose courante. Les fonctions administratives, les tâches et les procédures, même lorsqu'elles sont bien décrites et standardisées, sont mal assimilées et donc mal appliquées. Les organigrammes des établissements sanitaires, encore très centralisés, ont très peu évolué. La composante médicale dans la décision est prépondérante et le côté technique gouverne largement les choix organisationnels. L'évaluation des performances et de la productivité se fait encore par la « notation » obéissant ainsi à l'approche taylorienne qui est une approche plus administrative que managériale (17).

La formation continue du personnel médical et infirmier est très faible. Celle du personnel administratif et technique est presque inexistante. Le personnel, dès sa sortie des institutions de formation initiale est considéré comme opérationnel et adapté à sa fonction et de plus, les recrutements se font sur titre, rarement après examen de qualification technique, ignorant totalement les aptitudes individuelles.

La hiérarchie pyramidale de direction obéit certes au principe de l'unité centrale mais laisse très peu d'opportunités aux différentes équipes de pouvoir prendre des décisions comme cela se passe dans une organisation déconcentrée (18).

Formation en management hospitalier

Au Bénin, la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) et des écoles d'infirmiers existent depuis de nombreuses décennies, mais aucune filière particulière destinée à la formation des gestionnaires des hôpitaux, ni d'ailleurs à la formation d'ingénieurs biomédicaux ou de spécialiste en informatique médicale, n'a vu le jour. Certes, les lauréats de la Faculté des Sciences de la Santé, qui exercent actuellement dans différentes structures de la santé, contribuent à l'amélioration de la gestion de ces structures et à l'optimisation de leurs faibles moyens. Mais d'une part, leur nombre très limité, ne répond pas aux besoins des structures sanitaires du pays et d'autre part, le cursus de formation appliqué à la FSS, ne prévoit pas de modules spécifiques à la gestion hospitalière.

Le temps est révolu de l'hôpital administré par un médecin-chef, un surveillant général et un administrateur économe, aucun n'ayant reçu une formation de base en gestion hospitalière. Toute réforme d'un système de santé doit comporter impérativement la création de modules de formation en gestion hospitalière. La planification stratégique, la contractualisation, la comptabilité finance, les appels à la concurrence, l'exécution des marchés, le suivi des approvisionnements, la maintenance hospitalière, la gestion des ressources humaines, la formation continue, les systèmes d'information et de communication, l'informatique médicale, les méthodes d'évaluation, de contrôle et d'audit... sont autant de chapitres à maîtriser avant de prendre en charge la destinée d'une structure de santé.

Le changement ne peut donc se produire qu'en mettant progressivement dans les circuits de la gestion hospitalière, de vrais gestionnaires ayant reçu une formation diplômante adéquate, ou ayant acquis une solide expérience professionnelle dans les structures de santé, accompagnée d'une formation continue en gestion.

Conclusion

Les problèmes des hôpitaux publics béninois sont extrêmement complexes et difficiles à résoudre. Les implications de la transformation de ces établissements sont nombreuses et amples.

La transformation de l'administration et de la gestion hospitalière a été assumée par un personnel qui fut quelquefois écrasé par la tâche. Non pas que ce personnel fut incompetent ou peu avisé, mais plutôt, parce qu'il travaillait sans vision commune ni coordination. Aujourd'hui, les techniciens sont là de plus en plus nombreux. Les efforts individuels, le recyclage et la formation permettent à ces techniciens d'être mieux préparés aux exigences actuelles. Autrement dit, les hôpitaux publics se dotent d'un personnel dont ils ont besoin, à la fois fonctionnaire et « chef d'entreprise », respectueux des textes, de l'intérêt général, des usagers, mais en même temps dynamique et audacieux. Avec ce personnel, les hôpitaux publics poursuivront leur évolution. Ils pourront parvenir à une direction de qualité (prestige, autorité, efficacité de la décision) en même temps qu'ils auront maîtrisé la gestion c'est à dire avec rationalisation, précision et efficacité financière.

Références

1. Labich K. Big Changes at Big Brown. *Fortune* 1988; 18: 56-64.
2. Drucker PF. *Management: Tasks, Responsibilities, Practices and Plans*. Harper and Row New York 1973, 398 p.
3. Taylor FW. *The principles of Scientific Management*, New York, Harper and Brothers Publishers, 1911.
4. Banque Mondiale. *Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé*, 1993, pp 112-38.
5. Hellriegel D, Slocum JW. *Management*. 5^e ed. Reading, Mass., Addison-Wesley, 1989.
6. Hellriegel D, Slocum J, Woodman R, Truchan-Saporta M. *Management des Organisations*. De Boeck Université 1992; XVIII-693.
7. Ministère de la Santé Publique. *Politique et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006*, Cotonou, novembre 2002.
8. Ministère de la Santé Publique. *Normes et Standards en Matière d'Activités, d'Effectifs de Personnel, d'Infrastructures et d'Équipement pour les Zones Sanitaires*. Cotonou, 2001.
9. Badarou S, Coppieters Y. Détection des cas de paralysies flasques au Bénin : le concept de modèle collaboratif. *Santé Publique* 2008; 20 : 153-61.
10. Ministère de la Santé Publique (MSP). *Politique et Stratégies nationales de Communication pour le Développement Sanitaire*, Cotonou, septembre 2007.
11. McGregor DM. *The Human Side of Enterprise*. 2^e ed. New York, McGraw-Hill, 1985.
12. Ministère du Développement, de l'Économie et des Finances. *Enquête Démographique de la Santé, année 2006*. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique, avec la collaboration du Programme National de Lutte contre le Sida Cotonou, Bénin et Demographic and Health Surveys Macro International, Inc. Calverton, Maryland, USA. Cotonou, mars 2007.
13. Ministère de la Santé Publique (MSP). *Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine)*. Cotonou, 2004.
14. Audebert-Lasrochas P. *Les équipes intelligentes*. Ed. d'Organisation, 1999, 351 p.
15. Argyris C, Schön DA. *Apprentissage organisationnel. Théorie, méthode, pratique*. De Boeck Université, 2002, 4, 380 p.
16. Ministère de la Santé Publique (MSP) : Arrêté n° 1928/MS/DC/CC/SGFS du 30 août 1993 portant approbation du règlement intérieur des comités de gestion des formations sanitaires.
17. Organisation Mondiale de la Santé. *Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la Santé Pour Tous d'ici à l'an 2000*. *OMS* 1979; 17 : 14.
18. Sashkin M, Burke WW. *Organisation Development in the 1980's*. *J Management* 1987; 13 : 393-417.



Carnaval Bénin © Milleliri JM