

CAHIER DE RECHERCHE : 2008-01 E1

La GRH dans le milieu de la santé : impacts des pratiques sur
la qualité des soins et sur les performances - cas d'une
clinique privée au Bénin.

**NOGUERA Florence, CHALUS-SAUVANNET Marie-
Christine**



**LA GRH DANS LE MILIEU DE LA SANTE : IMPACTS DES PRATIQUES SUR LA
QUALITE DES SOINS ET SUR LES PERFORMANCES – CAS D’UNE CLINIQUE PRIVEE
AU BENIN**

Florence Noguera *

Maître de conférences

Université Montpellier 1

Chercheur ERFI – Associée ISEOR

Avenue de la Mer CS 59 640

34 960 Montpellier Cedex 2

florence.noguera@univ-montp1.fr

Marie-Christine Chalus-Sauvannet

Maître de conférences

Université Pierre Mendès France Grenoble 2

Chercheur au CERAG

21 avenue Guy de Collongue

69130 Ecully

mcchalus@wanadoo.fr

Lucrèce B. Ahouanougan

Responsable gestionnaire

Clinique Louis Pasteur au Bénin

* Auteur référent

LA GRH DANS LE MILIEU DE LA SANTE : IMPACTS DES PRATIQUES SUR LA QUALITE DES SOINS ET SUR LES PERFORMANCES – CAS D’UNE CLINIQUE PRIVEE AU BENIN

Résumé :

Cette recherche conduite au sein d’une clinique privée au Bénin a pour objectif de comprendre les spécificités locales des P.M.E d’Afrique subsaharienne (géopolitiques, culturelles, sectorielles) et d’identifier les pratiques de gestion et de management des ressources humaines. Quelles sont les variables contextuelles ? Quels sont les systèmes de management pratiqués ? Existe t-il un management des ressources humaines spécifique ? Les modèles de la GRH sont-ils transposables dans ces contextes et ces organisations ? Les résultats mettent en évidence les principaux dysfonctionnements en matière de RH dans cette organisation et leurs répercussions sur la qualité des soins et les performances de la clinique.

Mots clés :

GRH – P.M.E d’Afrique subsaharienne – milieu de santé – management informel – qualité et performances des soins

LA GRH EN MILIEU HOSPITALIER : IMPACTS DES PRATIQUES SUR LA QUALITE DES SOINS ET SUR LES PERFORMANCES – CAS D'UNE CLINIQUE PRIVEE AU BENIN

Introduction

Le développement, le sous-développement, la croissance, la misère, la faim, constitue en Afrique une préoccupation majeure. De nombreuses recherches et travaux d'ethnologues, de sociologues, d'économistes ont été réalisés dans les pays d'Afrique subsaharienne, mais peu de travaux de gestionnaires existent sur la gestion des PME africaines. Des modèles de gestion ont été expérimentés par des experts et les organismes internationaux, certains résultats sont très intéressants, néanmoins, les études n'identifient pas forcément les causes racines des échecs.

Quelles sont les variables contextuelles ? Quels sont les systèmes de management pratiqués ? Existe-t-il un management des ressources humaines spécifique ? Les modèles de la GRH sont-ils transposables dans ces contextes et ces organisations ?

Prenant appui sur une recherche conduite au sein d'une Clinique privée au Bénin de 75 personnes, cette recherche de terrain, conduite en 2006, a pour objectif de comprendre les spécificités locales de ces organisations (géopolitiques, culturelles, sectorielles) et d'identifier les pratiques de gestion et de management des ressources humaines. Elle pose comme hypothèse que compte tenu des caractéristiques socioculturelles et des spécificités de management et de gestion de ces organisations, il n'est pas possible, sans adaptation, de transposer les modèles de GRH tels que nous les connaissons, en l'état. Une **approche contingente** doit être privilégiée. Cette recherche présente un cas singulier, elle n'a pas l'ambition de généraliser les résultats à l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne, car là encore des spécificités existent entre ces pays, ni même au Bénin. Elle propose seulement de livrer les résultats sur les causes des dysfonctionnements perturbant la gestion et la qualité de la GRH. Après une présentation du cadre contextuel et théorique ainsi que du terrain de recherche, les résultats obtenus seront présentés et mis en perspective.

1. Cadre contextuel, théorique et présentation du terrain de la recherche

Pour mieux appréhender les pratiques de gestion, de management des ressources humaines et les difficultés rencontrées par les P.M.E d'Afrique subsaharienne, cette recherche s'appuie sur une investigation conduite au Bénin, auprès d'une clinique privée, la clinique « Louis Pasteur ». Il est difficile de présenter cette recherche sans apporter quelques éléments explicatifs quant à l'environnement et les caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles de ce pays et illustrer ces récentes réalisations dans le domaine de l'amélioration du système de santé.

1.1. Cadre général de la recherche

Pays de 6,2 millions d'habitants et de 113.000 Km², le Bénin reste un pays en développement. Avec un indice de développement humain de 0,421, le Bénin n'occupe que la 159ème place

sur 175 pays dans le classement des Nations Unies. Seule une faible partie de sa population dispose d'une alimentation suffisante, de conditions de logement correctes et d'accès aux services élémentaires (santé, éducation, électricité, eau).

Depuis 1991, avec l'appui de bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, le pays a progressivement mis en place des réformes structurelles qui ont contribué à l'amélioration de l'environnement macro-économique nécessaire à la relance de la vie économique et sociale, et à l'effet multiplicateur des projets de coopération.

Ces dernières années, le Bénin a connu une croissance appréciable de son PNB (380 \$ par habitant) et semble recueillir les fruits du Plan d'Orientation 1998-2002 dont la priorité consiste à lutter contre la pauvreté pour consolider la croissance économique. Un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) est actualisé chaque année et renouvelé tous les trois ans. Il opérationnalise le Programme d'Action du Gouvernement qui s'y réfère pour aligner les interventions de tous les partenaires au développement du Bénin en faveur de l'objectif de réduction de la pauvreté.

L'APEFE développe actuellement ses interventions dans les secteurs prioritaires suivants :

- santé : éducation et formation médicales ; éducation sanitaire ;
- éducation : formation professionnelle ;
- gouvernement et société civile : liberté de l'information.

Voici quelques exemples de projets concernant notamment la santé et ayant des impacts sur la gestion des ressources humaines en milieu hospitalier[†] :

a) Le Projet de renforcement structurel du centre MEPS (Matériels Educatifs Pour la Santé)

Ce programme répond à deux préoccupations : comment informer, former et éduquer les populations et le personnel de santé des changements de comportement par rapport aux soins de base ; et comment améliorer les comportements et les attitudes du personnel de santé parfois très éloigné de toute possibilité de s'informer et de se recycler.

Son intervention a consisté à former une équipe du centre MEPS aux nouvelles technologies de la communication, tout en aidant la structure à trouver les moyens de son équilibre financier et de son autonomie de gestion. Les productions du MEPS s'étant qualitativement renforcées, des partenariats importants ont pu se conclure, notamment avec l'UNICEF.

Un atelier tenu en septembre 2004, a permis l'élaboration d'un plan stratégique pour le MEPS et un reciblage du cadre d'intervention de l'APEFE pour les deux prochaines années. C'est ainsi qu'en 2005, l'équipe du MEPS bénéficia de formations en gestion et management afin de permettre à la structure de mieux défendre son expertise auprès des porteurs de projets en communication-santé.

b) Renforcement du service de rééducation fonctionnelle du Centre Hospitalier Départemental du Zou

Comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les soins de rééducation fonctionnelle pour les personnes atteintes de handicaps moteurs permanents ou temporaires sont très peu développés au Bénin.

[†] <http://www.apefe.org>

Or, les besoins sont très importants, pour répondre aux nombreuses affections courantes et très invalidantes (séquelles de traumatismes de la route et du travail, hémiplegies après accident vasculaire cérébral, infirmité motrice d'origine cérébrale chez l'enfant, problèmes respiratoires aigus ou chroniques chez l'adulte ou l'enfant, ...).

Pour répondre à ce manque, le Bénin a mis en place depuis le début des années 1990, plusieurs projets visant à améliorer la prise en charge des personnes handicapées : la création de services de rééducation hospitaliers dans 3 hôpitaux du pays (Cotonou, Abomey et Ouidah), ainsi que la création d'une Ecole de kinésithérapie à la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey Calavi de Cotonou.

Dans ce contexte, le nouveau président Boni Yayi, élu en mars 2006, prône une « République coopérative et solidaire », dont les priorités sont les ressources humaines, une gouvernance concertée, le développement de l'esprit d'entreprise, la construction de nouvelles infrastructures.

Ainsi, quels que soient les objectifs spécifiques, les aspects des ressources humaines sont cruciaux en raison des buts visés et de la façon de mettre en pratique ces réformes. D'autant plus, que les pays d'Afrique subsaharienne souffrent d'un manque important d'agents de santé (médecins, sages-femmes, personnel infirmier et personnel d'appui).

Le comité d'experts de l'OMS définit **la gestion des personnels** de santé comme « l'ensemble des activités qui mobilisent et motivent les individus, qui leur permettent de se développer et de réaliser tout leur potentiel dans et par le travail en vue de la réalisation d'objectifs sanitaires. Cette définition reconnaît que les agents de santé ne sont pas de simples facteurs de production mais des êtres vivants qui sentent et qui pensent, et qui veulent tirer une certaine satisfaction, une gratification de leur travail » (Van Lerberghe W, 2001).

1.2. La gestion des entreprises d'Afrique subsaharienne : mythe ou réalité d'une gestion informelle ?

Les entreprises africaines sont souvent qualifiées d'informelles, de spontanées, de souterraines et de non structurées. Le secteur informel est considéré comme une composante importante de l'emploi dans les pays de l'Afrique subsaharienne. De nombreuses définitions ont été proposées par des économistes et des experts, pour qualifier la notion de secteur informel. La définition proposée par le P.N.U.D. (Programme des Nations Unies pour le Développement) et le B.I.T. (Bureau International du Travail) est la suivante « on peut considérer que le secteur informel regroupe des activités réalisées à petite échelle, avec un capital et un emploi relativement limités, selon un mode de gestion excluant généralement toute comptabilité normalisée ». Selon ces mêmes organisations, le marché du travail est articulé autour de plusieurs systèmes productifs, supposés obéir à des lois de fonctionnement différentes : le secteur agricole, le secteur informel et le secteur moderne. Pour ce qui concerne le système du secteur informel, il existe deux composantes :

- l'existence de micro-entreprises gérées par les femmes
- de composantes localisées en milieu urbain, qui se sont développées avec le processus migratoire qui implique une réallocation de la main d'œuvre des campagnes vers les villes Hernandez E.-M (1996).

Hernandez E.-M. (1997) retient trois aspects dans la gestion des ressources humaines :

- la nature de la relation employeur-employé (s'agit-il d'une relation de travail ou d'une relation sociale ?)
- la rémunération du personnel (s'agit-il d'un salaire ou d'un don ?)
- les relations avec les apprentis (très nombreux dans ces unités)

On peut parler également d'informel, non pas pour désigner un secteur, mais pour qualifier le système de gestion d'une entreprise. Dans le cadre de cette recherche, le terme d'informel ne sera pas utilisé pour définir le secteur, mais pour qualifier le mode de gestion et de fonctionnement des P.M.E Africaines. Par exemple les prises de rendez-vous, les prises de messages sont rarement écrits, ils sont échangés de façon informelle...

Une étude commanditée par l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (U.E.M.O.A) et la Banque Ouest Africaine de Développement (B.O.A.D) en 2003 sur les P.M.E d'Afrique subsaharienne fait ressortir qu'il n'y pas de définition consensuelle de la P.M.E, tant au niveau national que communautaire, que le statut d'entreprise est insuffisamment valorisé, que le créateur d'entreprise est peu accompagné, que l'assistance directe apportée aux P.M.E est peu performante et que les lignes de crédit mises en place par les bailleurs de fonds profitent surtout aux grande entreprises.

Hernandez E.-M (1995), propose une typologie des entreprises d'Afrique Subsaharienne en retenant le critère de la taille.

El Alami A. (1987), propose une typologie des entreprises africaines élaborée à partir de trois critères : la nature de l'activité, la localisation du centre de décision et la taille. Elles ont généralement une structure de gestion légère et un faible taux d'encadrement.

Une définition fondée sur des critères communs a été proposée par l'U.E.M.O.A communautaire. Les critères retenus sont le nombre d'emplois permanents et le chiffre d'affaires annuel.

- Les micro-entreprises : moins de 5 salariés dont le chiffre d'affaires est inférieur à 50 millions de F CFA ;
- Les Petites et Moyennes Entreprises : de 5 à 250 salariés dont le chiffre d'affaires est de 50 millions à 2 milliards de F CFA (de 75 224 d'euros à 3 048 980 euros) ;
- Les Grandes Entreprises : de plus de 250 salariés dont le chiffre d'affaires est supérieur à 2 milliards de F CFA.

L'U.E.M.O.A a proposé quelques actions pour permettre la survie et le développement des P.M.E d'Afrique subsaharienne. Parmi ces actions on peut citer, la volonté de simplifier les dispositifs fiscaux et juridiques favorisant pour les P.M.E, de mettre en place des dispositifs juridiques favorisant la continuité de l'activité, pour les entreprises en difficulté, et de s'appuyer fortement sur les technologies de l'information et de la communication pour développer l'information et le partenariat.

Il existe donc un engagement politique très fort au niveau national et communautaire qui est de garantir la mise en place effective et durable d'une politique de soutien à la P.M.E d'Afrique subsaharienne (valorisation de l'esprit d'entreprise et le statut d'entrepreneur, appui direct permettant à la P.M.E d'améliorer sa gestion, un accès au financement pour l'ensemble des activités).

1.3. Présentation du terrain de recherche : La clinique privée « Louis Pasteur »

Cette recherche s'appuie sur une recherche conduite auprès de la clinique « Louis Pasteur », au Bénin. La clinique « Louis Pasteur » SARL, est une clinique privée, elle est considérée comme une entreprise petite, créée en juin 1998 avec un capital de 5 000 000 FCFA, soit 7 622,45 euros. Elle a été créée par deux médecins, diplômés de la Faculté de médecine de Strasbourg, l'un est un médecin généraliste et l'autre est spécialisé en médecine interne. Ce dernier a notamment en charge les maladies infectieuses et tropicales et la réanimation médicale. La clinique bénéficie d'une autonomie sur les plans administratif et financier. Le principal objectif de la clinique est de fournir aux malades des soins de bonne qualité, de faire de la prévention, de la recherche clinique et de l'enseignement à travers la formation des aides soignants et l'éducation pour la santé. Elle emploie 35 personnes à temps plein, 32 personnes à temps partiel et 7 élèves aides soignants stagiaires. L'équipement technique est composé d'un appareil de radiographie et d'échographie. Le laboratoire d'analyses médicales assure les examens d'hématologie, de biochimie et de parasitologie courante, de bactériologie et de détection du virus VIH. Les consultations se déroulent en continu 24h sur 24h, et simultanément un médecin généraliste et un médecin spécialiste interniste, en infectiologie et en réanimation organisent des consultations pendant la journée. Un médecin généraliste de garde assure la nuit les consultations d'urgence. Il peut solliciter, en cas de besoin, le médecin d'astreinte. Les spécialistes d'organes assurent des vacances en plus des deux médecins cités ci-dessus.

La clinique dispose d'une salle d'urgence et de huit salles d'hospitalisation avec une capacité de 21 lits. Un médecin non affilié à la clinique peut décider d'hospitaliser un patient et le suivre en collaboration avec le personnel de la clinique. La clinique fait des interventions médicales à domicile pour certains malades très dépendants qui sont dans une situation d'urgence. Les consultations prénatales et les accouchements sont également effectués et, dans ce cadre, la clinique emploie 4 sages-femmes dont une à temps partiel. Une séance de vaccination se déroule à la clinique les mercredis, elle inclut le vaccin contre l'hépatite B. Les acteurs paramédicaux sont constitués de 4 infirmiers dont l'infirmier chef major et de 12 aides soignants répartis en 3 équipes de 5 personnes. Ces équipes fonctionnent par rotation des jours de permanence, de garde pendant la nuit et les week-ends.

En résumé, la recherche a pour objet d'observer les pratiques de GRH au sein d'un établissement privé du secteur de la santé dans un pays d'Afrique subsaharienne. L'objectif est d'engager une réflexion sur l'impact de la GRH sur la performance et la qualité des soins au travers du cas d'une organisation africaine. En termes théoriques, la recherche peut être positionnée notamment au regard des travaux de D'Iribarne (2003), et sur un plan plus managérial de ceux de Pfeffer (1995, 2005) et Porter et Olmsted-Teisberg (2006). D'une part, d'un certain point de vue, elle rejoint les interrogations de D'Iribarne sur la conciliation de méthodologies occidentales de gestion avec des pratiques locales de management dans des pays du tiers-monde. D'autre part elle s'inscrit dans la continuité des travaux de Pfeffer (1995, 2005) sur l'influence de la qualité de la GRH sur les résultats d'une organisation. Enfin la recherche étudie les spécificités du management de la GRH dans un établissement de santé africain, dans une logique similaire à celle adoptée par Porter et Olmsted-Teisberg pour les établissements de santé occidentaux, à savoir : est-ce que les règles traditionnelles du management stratégique (chaîne de valeur créée pour le patient, construction d'avantages concurrentiels...), valables dans les entreprises et les organisations industrielles et de service, peuvent fonctionner dans le secteur de la santé.

2. Méthodologie et résultats

2.1. Méthodologie de la recherche

L'objet de la recherche - les pratiques de GRH dans une clinique béninoise - et l'hypothèse posée - la non transposition sans adaptation de modèles de GRH dans un contexte africain - a conduit à privilégier une méthodologie interactive d'investigation. Une équipe de trois chercheurs a été constituée en 2006 pour réaliser des observations approfondies au sein d'une clinique béninoise. Lors d'allers et retours entre des activités de terrain et de prise de recul théorique, des hypothèses ont été élaborées et sont présentées dans l'article. Plus précisément, la méthodologie de recherche utilisée est de type recherche-action (Argyris et Schön, 1978 ; Louart, 1995 ; Savall et Zardet, 2004). Elle s'inscrit dans une approche qualitative de type « clinique ». Cette approche est fréquemment utilisée lorsqu'il s'agit d'étudier une organisation sur le moyen et le long terme et d'observer l'évolution des pratiques de gestion des ressources humaines (Yin, 1989 ; Wacheux, 1996). L'intérêt des approches qualitatives réside dans le fait qu'elles sont jugées opportunes pour l'étude en profondeur des phénomènes (Huberman et Miles, 1991). Le travail consiste à réaliser des observations sur le terrain, sans volonté d'engagement du chercheur dans l'action de l'entreprise (Plane, 2000). L'approche méthodologique choisie s'est à la fois inspirée de la théorie enracinée durant sa phase exploratoire (Glaser et Strauss, 1967 ; Strauss et Corbin, 1990) ainsi que des techniques d'analyse de données qualitatives (Miles et Huberman, 1991). Cette recherche s'appuie sur l'élaboration et la validation d'hypothèses à partir de l'observation scientifique et de la collecte de données dites de terrain. Le processus de recherche est fondé à la fois sur l'induction et la déduction, en alternant les recherches de terrain, appelées phases d'immersion, avec des phases de recul et d'analyse, appelées phases de distanciation (Savall, 1977). Les phases d'immersion donnent naissance, par induction, à des interprétations. Dans un deuxième temps, les phases de distanciation permettent, par déduction, de formuler des hypothèses de recherche, validées ou non par une nouvelle phase d'immersion. Le contraste des deux phases favorise la création de connaissances (Wacheux, 1996). En revanche, les situations rencontrées durant la recherche de terrain font l'objet d'une analyse diachronique de la part du chercheur, lors des phases de distanciation des terrains d'étude. C'est en ce sens que l'étude de terrain se distingue d'une simple narration d'expériences professionnelles : les situations rencontrées en entreprise font l'objet d'une analyse a posteriori consistant notamment en une mise en perspective avec des études théoriques. C'est le fruit de cette analyse, et non la narration brute des faits, qui contribue à l'apport de connaissances.

2.2. Echantillon et mode opératoire de la recherche

Le protocole de recherche a permis de mieux comprendre les pratiques de gestion des ressources humaines et de management dans les PME africaines.

L'ensemble de l'encadrement de la clinique a été rencontré dans le cadre d'entretiens semi-directifs d'une heure et demie. 11 entretiens semi-directifs collectifs d'une durée de deux heures ont été conduits auprès de 32 personnes employées de la clinique (voir tableau 1)

Ces entretiens ont permis d'identifier les dysfonctionnements dans les domaines des conditions de travail, de l'organisation de travail, de la communication, de la gestion du temps, de la formation, de la rémunération, de la gestion des contrats du personnel et leurs impacts économiques.

Tableau 1 : Typologie des entretiens

Composition de la sous-population Encadrement	<ul style="list-style-type: none"> - Le directeur – Médecin Spécialiste en maladies infectieuses - La directrice adjointe – Médecin généraliste - 1 médecin généraliste - 1 responsable des sages-femmes - 1 responsable des infirmiers - 1 responsable gestionnaire 	
Total	6 entretiens individuels de 1,5 heure, soit 6 personnes rencontrées	
Composition de la sous-population personnel	- 2 agents comptables - 1 radiologue	3 personnes
	- 2 aides soignants	2 personnes
	- 3 aides soignants	3 personnes
	- 2 aides soignants - 1 caissière	3 personnes
	- 1 infirmier - 1 aide soignant - 1 secrétaire/accueil	3 personnes
	- 1 caissière - 1 aide soignant - 1 blanchisseur	3 personnes
	- 1 Educatrice Thérapeutique - 1 Secrétaire/accueil - 1 Pharmacienne	3 personnes
	- 1 infirmier - 1 aide soignant - 1 caissière	3 personnes
	- 2 agents d'entretien - 1 aide soignant	3 personnes
	- 2 sages-femmes - caissière	3 personnes
	- 2 aides soignants - 1 agent d'entretien	3 personnes
		11 entretiens collectifs de 2 heures, soit 32 personnes rencontrées

17 entretiens semi-directifs ont été conduits, soit 38 personnes rencontrées. Les entretiens ont fait l'objet d'une exploitation de 12 à 15 phrases-témoins, soit plus de 200 phrases.

2.3. Résultats de la recherche

Les résultats de cette recherche sont à considérer avec prudence. Certes les observations ont été réalisées en utilisant une méthodologie rigoureuse et adaptée, d'où une validité interne satisfaisante, mais leur validité externe, puisqu'elles ne reposent que sur un cas unique, est faible. Néanmoins, ces observations permettent d'engager une réflexion et des débats reposant sur l'observation de pratiques concrètes. Ainsi les résultats offrent la possibilité de mettre en évidence des spécificités de la GRH dans une clinique africaine et d'identifier des dysfonctionnements racines perturbant la gestion et la qualité de la GRH (absentéisme, accidents du travail, pertes de temps, défauts de qualité et faible productivité du travail). De plus les investigations ont montré en quoi un management informel des hommes et de l'organisation ne permettait pas un développement plus rapide de la performance économique. Pour cela les quantités de produits ou services consommés ont été évaluées à partir des coûts effectivement supportés par la clinique. Les temps humains ont été valorisés à la contribution horaire à la marge sur coût variable (CHMCV). La CHMCV est égale au rapport de la marge sur coûts variables (chiffre d'affaires – charges variables) sur le nombre d'heures de travail attendues. Elle représente la valeur économique moyenne d'une heure de travail dans une organisation. Cet indicateur d'efficacité est très utile dans l'évaluation économique d'indicateurs de management et de GRH comme l'absentéisme, la rotation du personnel, ou la qualité du travail. Il permet en effet de mesurer économiquement les temps perdus ou, au contraire, les temps gagnés au travers d'actions de GRH. Par exemple, avec la CHMCV, il est possible de mesurer économiquement les coûts de la rotation du personnel (au travers des surtemps et des temps de non production qu'elle engendre) et les gains provoqués par des actions de réduction de ce dysfonctionnement (au travers la réduction des surtemps et des temps non produits engendrée par les actions mises en oeuvre). Pour la Clinique la CHMCV s'élève à 0,80 cts d'euros soit 524 954 F FCA.

- L'absence de service du personnel

Un des premiers résultats mis en évidence est l'absence de service du personnel ou au moins d'une personne exclusivement dédiée à la gestion des ressources humaines. Cette situation se traduit, d'une part, par l'absence de politique et d'outils de gestion du personnel et, d'autre part, par l'absence de définition claire des missions, des fonctions, des tâches de chacun des employés. Les questions : qui fait quoi ? Pour qui ? Quand ? Comment ? n'ont pas toujours de réponses. Alors que le poste de responsable gestionnaire, qui joue le rôle de caissier ou de comptable, semble relativement bien identifié, la gestion administrative dans les domaines du recrutement, de la rémunération et de la négociation sociale incombe directement au dirigeant, le Médecin, fondateur de la Clinique.

- Une gestion informelle des recrutements

La culture en Afrique, très enracinée dans la famille ou dans le groupe, impose aux dirigeants d'entreprises certaines contraintes : ainsi, au sein de la clinique, l'embauche et l'emploi systématique de parents, même si leurs compétences ne sont pas adaptées, sont des pratiques courantes. Ces pratiques conduisent fréquemment le dirigeant à se mettre en situation de

suremplei, avec du personnel, qui même peu payé, coûte plus qu'il ne rapporte. La plupart des recrutements se fait par cooptation. On recrute avant tout, les personnes de la famille, de l'ethnie, voire de la même religion, même si la personne n'a pas les compétences requises. Le but est de satisfaire la demande venant du père, d'un ami ou d'une connaissance. Enfin, l'embauche d'une personne ne s'accompagne pas forcément de l'établissement d'un contrat de travail.

- *Le manque de répartition claire des missions et des tâches entraîne de nombreux glissements de fonction*

On observe un manque de polyvalence de certaines catégories de personnel ce qui perturbe l'organisation. A l'inverse, la répartition des tâches n'est pas toujours respectée ce qui entraîne des problèmes : « *Ici, les aides soignants font également le travail des infirmiers, de sorte qu'ils n'acceptent pas la supériorité des infirmiers* ». Ces glissements de fonction des infirmiers vers les aides soignants, ou encore des aides soignants vers les élèves aides soignants stagiaires (l'aide soignant prend la tension, place une sonde, effectue une prise de sang...) peuvent, parfois, entraîner chez le patient, des erreurs médicales, des hémorragies, des infections... On note également un manque d'autonomie dans le travail : seules certaines instances sont habilitées à prendre des décisions. Elles ne le font pas toujours, ce qui peut bloquer le travail de certains services et entraîner la déresponsabilisation du personnel.

- *Absentéisme important et mal régulé*

L'absentéisme est important au sein des P.M.E africaines, mais toutes les absences ne sont pas comptabilisées. Pour la clinique, on compte un taux d'absentéisme de 4,2%. Toutefois, elles sont très perturbantes pour l'organisation du travail parce qu'en général, elles ne sont pas signalées rapidement. Cette situation perturbe l'encadrement qui ne peut s'organiser et gérer efficacement le remplacement. Le délai d'information du responsable gestionnaire peut aller jusqu'à 3 jours après l'absence. De plus, le motif des absences n'est pas toujours connu. Il arrive fréquemment que les personnes justifient leur absence par des fêtes religieuses, des enterrements... Le social prend ainsi considérablement le pas sur l'économique.

- *Difficultés dans la gestion du temps*

Les entreprises en Afrique ont un rapport au temps spécifique qui s'enracine dans les traditions et les valeurs (Elungu P.1987). Le rapport au temps en Afrique est différent du temps structuré, planifié, chronométré, qui est le temps dominant des sociétés industrielles (Kamdem, 1993). L'heure annoncée n'est qu'un repère très variable que chacun peut modifier à sa convenance. Très concrètement, un rendez-vous initialement prévu à 9h peut finalement se tenir à 15h sans qu'aucune des deux parties ne s'en plaigne. Selon Mutabazi E. (2005), la plupart des africains passe son temps « à palabrer ». Une demande de dossier par exemple, peut prendre 1h30 au lieu de 10 minutes. La non maîtrise du temps perturbe la gestion des activités et peut conduire à des accidents. Un infirmier explique « *qu'il n'y a pas de prise en charge immédiate du patient, les femmes qui arrivent pour un accouchement, peuvent rester 2 à 3 heures dans la salle d'attente sans être prises en charge. Il arrive parfois, que l'accouchement ait lieu dans la salle d'attente sans l'aide de la sage-femme et du personnel de santé* ».

- **Conditions et organisation du travail difficiles**

Les problèmes de conditions et d'organisation du travail peuvent prendre des formes diverses. Les principaux dysfonctionnements évoqués par l'encadrement et le personnel de la clinique sont les suivants :

- l'absence d'eau chaude dans la salle d'accouchement amène les aides-soignants et les infirmières à descendre au sous sol pour s'en procurer (les surtemps valorisés en raison des nombreux déplacements tous les jours s'élèvent à 156 euros par an soit, 102 328824 F CFA).

- l'aménagement et l'agencement des locaux ne sont pas fonctionnels ; un médecin explique par exemple que « *La salle de dilatation est un peu éloignée de la salle d'accouchement, ce qui pose un problème en matière de suivi des patientes car si je suis en salle d'accouchement en bas, je ne peux pas dans le même temps suivre la femme qui est en salle de dilatation en haut* ». L'absence de personnel en salle d'accouchement est préjudiciable en cas d'urgence. Le personnel hospitalier est amené à faire de nombreux déplacements ce qui génère des pertes de temps et accroît la fatigue. De même, la qualité des soins est détériorée par les allées et venues du personnel soignant. Le personnel administratif aussi rencontre des difficultés, « *A la comptabilité, l'espace est trop restreint, nous n'arrivons pas à classer les dossiers et nous sommes à trois dans un même bureau* » ou encore « *La pharmacie est très encombrée par le manque de place, nous ne pouvons pas stocker les médicaments correctement* ». Enfin, le personnel a évoqué les problèmes de vol de consommables (compresses, sparadraps..., la surconsommation de consommables a été évaluée à 365 euros soit 240 000 F CFA).

- des insuffisances en termes de matériel médical de base entraînent des risques parfois majeurs pour la santé du personnel soignant. Par exemple : « *On ne porte pas de gants pour faire les prélèvements sur des malades porteurs du virus VIH* ». Il en va de même pour les patients : « *Il n'y a qu'une seule table d'accouchement, c'est un problème, car souvent on déplace la femme qui vient juste d'accoucher pour libérer la place pour une autre.* » ou encore « *On a besoin d'un scanner et d'une nouvelle radiographie* ». Les aides soignantes comme les infirmières ou les médecins manquent du matériel médical essentiel à leur travail : blouses, savons, thermomètres et masques qu'ils les achètent parfois eux-mêmes.

- le manque de matériel informatique (ordinateurs ou imprimantes) entraîne des pertes de temps : « *On a besoin d'ordinateurs pour passer la commande des médicaments* », « *Actuellement, on établit les ordonnances en trois exemplaires et c'est un peu difficile en cas d'affluence.* », ou encore « *Nous avons besoin d'une imprimante à l'accueil car pour l'instant nous allons à la comptabilité ou à la caisse pour imprimer nos documents ce qui nous oblige à nous déplacer* ». Des éléments aussi élémentaires et indispensables que des stylos ou des agrafeuses font défaut.

- les nuisances, notamment la chaleur qui indispose le personnel soignant et les patients. Aucun climatiseur n'a été installé et lors des pics de température, les conditions de travail deviennent difficiles notamment aux urgences et en réanimation. De même, un manque de luminosité à l'intérieur de la clinique gêne la pratique des soins et les odeurs, liées au manque de ventilation, sont souvent difficiles à supporter.

- **Le manque de respect des procédures entraîne des pertes de temps et des défauts de qualité**

De nombreux salariés interrogés ont reconnu que les procédures médicales et administratives n'étaient pas toujours très bien respectées. A titre d'exemple : « *Les documents ne sont pas correctement remplis par les aides soignants et les médecins. Même à la comptabilité il n'y a pas de rigueur* ». Certains membres du personnel considèrent les procédures en vigueur trop

lourdes et incompatibles avec la charge de travail à laquelle ils doivent faire face. Des problèmes de trésorerie en découlent (les surtemps valorisés en raison de la lourdeur des procédures pour le remplissage des registres concernant les accouchements s'élèvent à 748,8 euros, soit 491 178,35 F CFA). Ainsi, « *Les malades doivent déposer une provision avant d'être hospitalisés mais certains médecins soignent les malades sans qu'une provision n'ait été constituée et lorsque le patient ne paye pas nous avons des problèmes de trésorerie* ». La qualité des soins peut aussi en être affectée : « *On a souvent des retards pour faire les soins aux malades parce que les commandes de médicaments et injections ne sont pas validées par la caisse* ».

- La tradition orale au détriment de la forme écrite des événements amplifie la rétention d'information et ne permet pas un suivi des soins médicaux

Le personnel hospitalier a évoqué que l'absence d'échanges d'informations par écrit nuit à la qualité des soins des malades. En effet, « *On n'a pas assez d'échange d'informations entre collègues médecins. Cela nous aiderait, surtout dans le cadre médical, de se pencher sur les cas préoccupants.* ». « *Les infirmières ne transmettent pas les informations, ce qui entraîne des difficultés lors des relais* ». Par ailleurs, le personnel estime que les remontées d'informations et les suggestions émises lors des réunions ne sont pas suffisamment prises en compte par la direction. Les réunions sont jugées peu efficaces et engendrent des pertes de temps. Quant à l'information issue des réunions, elle n'est pas transmise aux personnes concernées.

- Le manque de ressources humaines et la gestion des compétences ne permettent pas une bonne adéquation entre la formation et l'emploi

Comme le précise Badaracco (1991), les ressources et les compétences fondées sur la connaissance sont plus ou moins transférables. En effet, la valorisation des compétences repose sur la capacité des entreprises à absorber des connaissances nouvelles (Cohen et Levinthal, 1990).

Afin de maintenir et développer ces différentes capacités, les entreprises doivent pouvoir disposer de ressources humaines en qualité et en quantité suffisantes. Le cas de recherche étudié montre que la clinique a des difficultés à maintenir et surtout développer les compétences de ses employés (Kiggundu, 1989 ; Austin, 1990). Les dysfonctionnements relevés sont :

- certaines formations suivies se sont avérées inutiles : « *On a suivi une formation théorique en France mais sans possibilité de pratique des soins, on a été déçu : nous n'avons pas pu expérimenter parce que nous n'avons pas de couverture assurance risque. On a fait du tourisme* ». Le personnel relève l'absence de formation sur des sujets importants tels que la prise en charge des femmes enceintes atteintes du VIH ou encore la grippe aviaire et le paludisme. Des manques sont aussi constatés en management, notamment en gestion des ressources humaines.

- absence de formation à l'utilisation du matériel de la clinique (le coût de la non utilisation du monitoring par le personnel de la clinique a été évalué à 1 500 000 F CFA, soit 2 326 euros). Il n'y a pas eu de formation « gestes et postures », le personnel se blesse fréquemment lors des déplacements des patients en surcharge pondérale ou dans la manipulation des matériels lourds et volumineux.

- Absence de politique de rémunération équitable et motivante

Cette problématique tient au fait que dans la relation employeur-employé, il y a toujours plus ou moins des interférences avec la famille, la religion ou la même appartenance ethnique. On ne sait donc plus s'il s'agit d'une relation sociale ou d'une relation professionnelle. Le salaire de base pour le Bénin est de 35 000 F CFA soit 55 euros par mois environ (Tableau 2 : Nomenclature des coûts unitaires de la Clinique : Taux horaires moyens (charges comprises)).

Tableau 2 : Nomenclature des coûts unitaires de la Clinique

Fonction	Taux horaires moyens (charges comprises)
Médecin	915 FCFA soit 1,394 €
Responsable infirmier	357 FCFA soit 0,544 €
Responsable sage femme	316 FCFA soit 0,481€
Responsable comptabilité	504 FCFA soit 0,768 €
Techniciens	259 FCFA soit 0,394 €
Personnel de base	169 FCFA soit 0,246 €

NB : Notons que la monnaie FCFA en vigueur en Afrique de l'Ouest est convertible en Euros selon un taux de change fixe : 1 Euro = 655,954 FCFA

Source : Information interne à la clinique

Le personnel n'est pas satisfait de sa rémunération qui ne tient pas compte des heures réellement effectuées, « *Il n'y a pas de règle, on peut être payé chaque mois, ou chaque 3 mois, chaque 6 mois ou une fois par an* ». Il dénonce aussi le non paiement des heures supplémentaires et l'inéquité du système de rémunération. Enfin, il semble que des retenues sont parfois opérées sur les salaires sans aucune explication.

Les salariés déplorent de ne pouvoir bénéficier gracieusement des soins de la clinique, d'autant qu'il n'existe pas de dispositif d'assurance maladie pour l'ensemble du personnel. Certaines catégories sont moins payées que d'autres pour le même travail. D'autres aspects sont aussi dénoncés : « *Le treizième mois est attribué à la tête du salarié.* ».

Les salariés de la clinique considèrent qu'il y a un réel manque de reconnaissance du personnel : « *On se donne du mal pour bien faire le travail dans des conditions souvent difficiles et pourtant on ne reconnaît pas notre investissement et ça nous décourage beaucoup* », voire par dénigrement en public : « *On nous fait des reproches devant les malades, qui de ce fait, refusent par la suite que nous les soignons* ».

De plus, le nombre d'heures hebdomadaires attendu n'est pas respecté. « *Les employés de la clinique peuvent travailler jusqu'à 50 heures par semaine, sans que les heures supplémentaires ne soient payées* ». Les contrats de travail ne sont pas toujours formalisés : c'est un contrat oral entre le directeur de la clinique et l'employé hospitalier (Tableau 3 : Nomenclature des coûts unitaires de la clinique : Temps humains).

Tableau 3 : Nomenclature des coûts unitaires de la Clinique : Temps humains

Temps humains	Résultats
Contribution horaire à la marge sur coûts variable (CHMCV)	0,80 euros
Nombre de semaines par an	52

Nombre de mois par an	12
Nombre de jours par an	260
Une année de travail	2080 heures
Un mois de travail	173 heures
Une semaine de travail	40 heures
Un jour de travail	8 heures

Source : Information interne à la Clinique

Enfin, les infirmiers et aides-soignants considèrent que les horaires de travail sont trop lourds : « *L'horaire de travail est fatiguant car je suis obligé de supprimer les pauses et les week-ends pour travailler* » et l'amplitude horaire journalière est jugée trop importante, « *On travaille 12h par jour de 8h à 20h avec seulement 30 minutes de pause, c'est pénible.* ». Certains salariés ont même démissionné pour cette raison.

3. Discussion et conclusion

Les résultats de la recherche présentent des limites inhérentes aux recherches qualitatives de terrain (Wacheux, 1996). La première limite, qui est d'ordre méthodologique, concerne la nature même des résultats qui sont essentiellement descriptifs et explicatifs. Il aurait été intéressant de conduire une recherche longitudinale plus longue pour accompagner le changement amorcé, compte tenu de la logique d'émancipation qui caractérise les recherches cliniques. La deuxième limite est liée à l'objectif même de la recherche qui n'avait pas pour ambition d'implanter des outils, des méthodes et des pratiques de GRH au sein d'entreprises d'Afrique subsaharienne. La recherche a plutôt cherché à identifier les spécificités locales de ces organisations (géopolitiques, culturelles, sectorielles, gestion et management). Cette réflexion nous a amené à repenser, dans ce cadre socioculturel et politique, les modèles de la GRH et les pratiques pour les adapter à ces organisations. Nous avons ainsi, analysé en profondeur les pratiques de management et de gestion des ressources humaines de cette clinique africaine.

Les résultats ont montré que, compte tenu des caractéristiques spécifiques et socioculturelles de ces organisations, il n'était pas possible, sans adaptation, de transposer les modèles occidentaux en l'état. Une **approche contingente** doit donc être privilégiée. Ce résultat rejoint les conclusions de Nizet et Pichault (2007) qui ont regroupé les travaux empiriques de chercheurs, en général africains, sur le développement de PME et de grandes entreprises africaines. Il apparaît que l'introduction d'outils de management qui ont fait leur preuve dans des organisations occidentales (orientation client, comptabilité analytique, l'individualité de la GRH, rôle structurant des TIC...) peuvent être transposées dans des organisations africaines sous réserve d'adopter une démarche ingénierique. Une telle démarche participative tient compte en effet des spécificités culturelles locales, par exemple au travers de comités d'actions. Elle permet ainsi d'introduire des outils de management de façon « hybridée » : les outils ne sont pas imposés verticalement aux acteurs locaux, mais font l'objet d'une adaptation aux particularités locales au travers de négociation et de discussion avec les acteurs concernés. Un deuxième résultat relevé, est l'identification des causes racines des dysfonctionnements perturbant la gestion et la qualité de la GRH (absentéisme, accidents du

travail, pertes de temps, défauts de qualité et faible productivité du travail). De nombreux chercheurs dans le domaine de l'économie, de la sociologie, et plusieurs experts d'organismes internationaux comme l'ONU, ont fait des études de terrain et ont expérimenté des méthodes de gestion, mais n'ont pas expérimenté les raisons des échecs. Les entretiens réalisés auprès du personnel hospitalier ont permis d'identifier les causes racines de nombreux dysfonctionnements engendrant des coûts cachés ou des pertes de valeur ajoutée très importantes, environ 288,62 €, soit 188 314,88 F CFA par personne et par an. Un troisième résultat est que la gestion des ressources humaines et de l'organisation s'appuie sur un **management informel**. Cela se traduit par l'absence, de formalisation, de contrats de travail, de politique de recrutement, de plan de formation et d'un système de rémunération équitable et motivant. De même, l'absence de définition des missions, (du qui fait quoi ?) entraîne des glissements de fonction entre les infirmiers et les aides soignants et des aides soignants vers les élèves aides soignants stagiaires. Il est probable que l'absence de service du personnel ou d'une personne dédiée à la gestion du personnel est une des causes fondamentales de cette situation. La mise en place d'un tel service est, à l'évidence, l'axe de progrès prioritaire à préconiser. De plus, la formalisation d'un contrat de travail pour chaque salarié, la définition des missions de chacun, voire la construction d'un organigramme hiérarchique et fonctionnel adapté et d'une grille de rémunération simple et cohérente seraient de nature à réduire un certain nombre de dysfonctionnements et d'inégalités entre les salariés. Sur le plan de la formation, il conviendrait d'identifier les besoins globaux et individuels et de définir pour chaque salarié un parcours adapté. La mise en place de ces outils simples serait de nature à contribuer à la reconnaissance et à la motivation du personnel. Un deuxième axe de progrès à envisager, c'est l'amélioration du dispositif de fourniture des matériels essentiels au travail des employés de la clinique. Des priorités doivent être clairement définies en matière de sécurité (équiper les employés de gants lors de soins auprès des porteurs du VIH), d'approvisionnement et de gestion des commandes de fournitures pour éviter des ruptures de stock de médicaments (nature, stock, délais, ...). Par ailleurs, l'acquisition d'un ordinateur et d'une imprimante serait de nature à améliorer le traitement d'un certain nombre de tâches administratives. Un troisième axe de progrès est l'amélioration de l'agencement des locaux pour limiter les déplacements incessants qui perturbent le personnel dans l'accomplissement de son travail. Outre les pertes de temps générées, cette situation a pour effet de créer des conditions de travail difficiles pour les salariés (fatigue, amplitude des horaires, accidents, ...) et des risques pour les patients en cas d'urgence. Un axe de développement à également envisager se situe au niveau des procédures administratives. En effet, le non respect des procédures par le personnel est source de pertes financières importantes pour la clinique, notamment en matière d'impayés. Il convient de revoir la communication vers le personnel dans sa forme et son contenu mais aussi de s'interroger sur la pertinence des procédures en place. Le code de procédures actuel doit faire l'objet d'une analyse approfondie avec pour objectif essentiel de valider son adaptation aux contraintes de l'activité. Il conviendrait, dans ce contexte, d'impliquer l'ensemble du personnel dans la démarche. Enfin, le système de prise de décision reste très vertical et très descendant. Certaines décisions importantes ne sont pas prises et il semble que la direction ne tienne pas compte des propositions des salariés en matière d'amélioration d'organisation. Les réunions sont trop longues, peu efficaces, avec un nombre de sujets traités trop important et parfois peu pertinents. Les réunions doivent être mieux préparées, faire l'objet d'un ordre du jour précis, d'une durée définie et d'un compte rendu écrit précisant les actions éventuellement prévues, les personnes concernées et leur date de réalisation. Les résultats de cette recherche montrent que, même si la clinique évolue dans un contexte économique et social difficile avec des ressources limitées et des modèles de fonctionnement différents des modèles occidentaux, elle dispose, néanmoins, de ressources et

de potentiels importants qui doivent lui permettre d'assurer la survie-développement de ses activités.

Bibliographie

ARGYRIS C. et SCHÖN D. (1978), « Organizational Learning: a theory of Action Perspective », *Addison-Wesley*, 450 p.

AUSTIN J. (1990), *Managing in developing countries: strategic analysis and operating techniques*, London, The Free Press.

AHOUANOUGAN L. B. (2006), *L'audit socio-économique de la Clinique Louis Pasteur – Bénin*, sous la direction de Florence Noguera.

B.O.A.D : La promotion et le financement des P.M.E dans l' U.E.M.O.A, rapport, « Performances management Consulting », 2003.

BADARACCO J. (1991), *The knowledge Link*, Cambridge, Harvard Business School Press.

COHEN V. M. and LEVINTHAL D. A., (1990) « Absorptive capacity: a new perspective on learning & Innovation », *Administrative science quarterly*, vol. 35.

DAVID A. (2003), Etudes de cas et généralisation scientifique en sciences de gestion, *Revue Sciences de Gestion*, n°39, p.139-166.

DE BROUWERE, Vincent *et al.* Développement des ressources humaines pour la santé, CIPS 2000-2001.p.9.

DIA A.-L. (1991), « Le management africain mythe ou réalité », *Revue Internationale des PME*, Canada, vol. 4, pp.29-32.

D'IRIBARNE F. (2003), *Le Tiers-Monde qui réussit : Nouveaux modèles*, Edition Odile Jacob.

EL ALAMI A. (1987), « Rôle de la petite et moyenne entreprise dans le développement et la création de l'emploi. Le cas de l'Afrique », *Revue PMO Canada*, vol. 3, pp.51-63.

ELUNGU P. 1987, *Tradition africaine et rationalité moderne*, L'Harmattan, Paris, 186 p.

GLASER B.G. et STRAUSS A.L. (1967), *The discovery of grounded theory: strategies for research*, Chicago.

HERNANDEZ E.-M (1996), « L'entrepreneur informel africain et le concept de gestion éco-sociale, Notes et cahiers de recherche Entrepreneuriat », N°96-54.

HERNANDEZ E.-M, (1995), « La gestion des entreprises du secteur informel africain : systèmes de contraintes et rationalité », Notes et cahiers de recherches Entrepreneuriat, N°96-48.

HERNANDEZ E.-M, (1997), *Le management des entreprises africaines*, L'Harmattan, Paris, 196 p.

HUBERMAN A.M. et Miles M.B. (1991), *Analyse des données qualitatives ; recueil de nouvelles méthodes*, De Boeck, 480 p.

KABOU A. (1990), *Et si l'Afrique refusait le développement ?*, L'Harmattan, Paris.

KAMDEM E., 1993, « Temps de travail en Afrique », in Chanlat J.-F., L'individu dans l'organisation : les dimensions oubliées, Les presses de L'Université de Laval, Québec, Ed. Eska, Paris.

KIGGUNDU M. N. (1989), *Managing organizations in developing countries*, West Hartford, Kumarian Press.

LOUART P. (1995), *Succès de l'intervention en ressources humaines*, Paris, Editions Liaisons.

MUTABAZI E. (2005), « La diversité des cultures et des modèles : un défi majeur pour les entreprises Africaines », Actes des premières rencontres internationales sur les défis de la diversité, Corté.

NIZET J. et PICHAULT F. (2007), *Les performances des organisations africaines. Pratiques de gestion en contexte incertain*, Edition l'Harmattan, Col. Conception et Dynamique des organisations.

PFEFFER J. (1995, 2005), « Producing sustainable competitive advantage through the effective management of people », *Academy of Management Executive*, Vol. 19, N°4, pp. 95-104, reprinted from 1995, Vol. 9, N°1.

PLANE J.M. (2000), *Méthodes de recherches-interventions en management*, L'Harmattan,

PORTER M.E and E. OLMSTED-TEISBERG (2006), « Redefining Health Care Creating Value-Based Competition on Results », Harvard Business School Press, 506p.

SAVALL H. (1977), « Propos d'étape sur la régulation socio-économique dans l'entreprise par la recherche de compatibilité entre l'efficacité économique et le développement humain », *Communication au Collège de France*, décembre, publiée dans *Economie Appliquée*, Archives de l'ISMEA, Tome XXXI, n°3-4., 1978.

SAVALL H. et ZARDET V., (2004)., *Recherche en sciences de gestion, Approche qualimétrique*, Economica.

STRAUSS A.L. and CORBIN J. (1990), « Basics of qualitative research », Sage publications.

VAN LERBERGHE W. and DE BROUWERE V., (2001)., *Etat et santé en Afrique. In: Bilan de santé. L'Afrique face à ses défis sanitaires*, Colophon Editions

WACHEUX F., (1996) *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*, Economica.

YIN, R.K. (1989), *Case study Research. Design and Method*, Beverley Hill, Sage Fondation.