



HAL
open science

Etude empirique au sein d'une entreprise subsaharienne : mythe ou réalité d'une gestion informelle ?

F. Noguera, M.C. Chalus-Sauvannet

► To cite this version:

F. Noguera, M.C. Chalus-Sauvannet. Etude empirique au sein d'une entreprise subsaharienne : mythe ou réalité d'une gestion informelle ?. 2009, pp.28. halshs-00518968

HAL Id: halshs-00518968

<https://shs.hal.science/halshs-00518968>

Submitted on 17 Sep 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Centre d'Études et de Recherches Appliquées à la Gestion_ U.M.R. C.N.R.S. 5820

CAHIER DE RECHERCHE n°2009-11 E1

Etude empirique au sein d'une entreprise subsaharienne :
mythe ou réalité d'une gestion informelle.

NOGUERA Florence,
CHALUS-SAUVANNET Marie-Christine



Unité Mixte de Recherche CNRS / Université Pierre Mendès France Grenoble 2
150 rue de la Chimie – BP 47 – 38040 GRENOBLE cedex 9
Tél. : 04 76 63 53 81 Fax : 04 76 54 60 68



**ETUDE EMPIRIQUE AU SEIN D'UNE ENTREPRISE SUBSAHARIENNE : MYTHE OU
REALITE D'UNE GESTION INFORMELLE ?**

Florence Noguera

Maître de conférences

Université Montpellier 1

Faculté d'Administration et Gestion

Chercheur ERFI

Avenue de la Mer CS 59 640

34 960 Montpellier Cedex 2

florence.noguera@univ-montp1.fr

Marie-Christine Sauvannet

Maître de conférences

Université Pierre Mendès France Grenoble 2

Chercheur au CERAG

21 avenue Guy de Collongue

69130 Ecully

mcchalus@wanadoo.fr

ETUDE EMPIRIQUE AU SEIN D'UNE ENTREPRISE SUBSAHARIENNE : MYTHE OU REALITE D'UNE GESTION INFORMELLE ?

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. Quelles sont les variables contextuelles ? Quels sont les systèmes de management pratiqués ? Existe-t-il un management des ressources humaines spécifique ? Les modèles de gestion et de management sont-ils transposables dans ces contextes et ces organisations ? Les résultats mettent en évidence les principaux dysfonctionnements en matière de gestion dans cette organisation et leurs répercussions sur la qualité des soins et les performances de la clinique.

Mots clés :

P.M.E d'Afrique subsaharienne –management informel – approche contingente – gestion et management stratégique - performances

ETUDE EMPIRIQUE AU SEIN D'UNE ENTREPRISE SUB SAHARIENNE : MYTHE OU REALITE D'UNE GESTION INFORMELLE ?

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 systèmes de gouvernement, des modèles de gestion et de management ont été expérimentés par des experts et les organismes internationaux mais ils se sont globalement soldés par l'échec et la déception. Ce constat d'échec a été évoqué à maintes reprises dans des études effectuées par de nombreux auteurs comme Dumont R., 1962 ; d'Iribarne Ph., 1989 ; 1990 ; Lugan B., 1991 ; Fottorino E., Guillemin C. et Orsenna E. 1992 ; Henry A., 1998).

Mutabazi E. (2005) explique ces échecs par le fait que la majorité des projets de développement, des programmes d'ajustement structurel des économies nationales ou de restructuration des entreprises locales mis en place ne s'appuient en général sur aucune vision claire des conditions permettant de concilier leurs modes de gestion à l'occidentale avec les cultures et les modèles africains ou de transformer leurs différences en facteurs de développement. Prenant appui sur une étude exploratoire conduite au sein d'une clinique privée de 74 personnes à Porto-Novo au Bénin, cette recherche de terrain, réalisée en 2006-2007, a pour objectif de comprendre les spécificités locales de ces organisations (économiques, sociales, géopolitiques, culturelles, sectorielles), les mécanismes à l'œuvre dans les phénomènes politiques et sociaux, d'identifier les pratiques de gestion et de management et de comprendre les causes des difficultés de transposition. Quelles sont les variables contextuelles ? Quels sont les systèmes de management pratiqués ? Existe t-il un management des ressources humaines spécifique ? Les modèles de management sont-ils transposables dans ces contextes et ces organisations ?

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 management et de gestion 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 PME d'Afrique subsaharienne, car, là encore, des spécificités existent dans les PME de chaque pays d'Afrique. Elle propose seulement de livrer les résultats sur les causes des dysfonctionnements perturbant la qualité et la sécurité des soins. 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 théorique, contextuel et présentation du terrain de la recherche

Pour mieux appréhender les pratiques de gestion, de management et les difficultés rencontrées par les P.M.E d'Afrique subsaharienne, cette recherche s'appuie sur une étude empirique conduite à Porto-Novo, capitale politique du Bénin, auprès d'une clinique privée. Après avoir présenté le cadre théorique de la recherche, les caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles du contexte de la PME Subsaharienne, l'étude empirique et la méthodologie de recherche seront développées.

1.1 Cadre théorique de la recherche

Pour comprendre, les modes de management de la PME subsaharienne et plus précisément ceux du cas étudié, nous nous sommes rapprochés du champ des organisations et plus particulièrement des théories de la contingence, pour essayer de voir ce qui ressort de la nature de l'activité (activité de soin) et ce qui relève de la culture locale.

Traditionnellement, on distingue deux approches, l'approche contingente (culturaliste) qui fait état d'un puissant lien entre contexte et mode de management et l'approche convergente (universaliste), selon laquelle le contexte n'a qu'une incidence minime sur les modes de gouvernance (Levitt, 1983 ; Chevrier, 1996).

L'approche universaliste de la gestion affirme que certaines pratiques dites « bonnes pratiques » agissent significativement sur la performance de l'entreprise indépendamment du contexte. Ainsi, les modes de gestion et les formes d'organisation des différents pays convergeraient (Frimousse S. et J-M. Peretti, 2005).

Cependant, cette vision est de plus en plus contestée (Schneider et Barsoux J.L., 2003), contestation fondée notamment sur l'échec des tentatives de convergence du Tiers monde. Les précurseurs de l'approche contingente (Lawrence et Lorsch (1969) ; (Hofstede, 1987)) affirment que vouloir exporter des pratiques dites universelles sans tenir compte des spécificités culturelles est source d'échec. Par exemple, bien que modèle de gestion anglo-saxon soit aujourd'hui une dominante dans l'économie mondiale, la transposition de celui-ci dans le contexte africain est inadapté (Tidjani, 2000). Dans le même ordre d'idée, Faye (2004) préconise l'abandon des modèles « prêts à porter » ou « prêts à l'emploi ». Huault et Charrière (2002) soulignent l'inexistence d'une forme organisationnelle unique assurant la performance à toutes les entreprises. L'approche contingente conduit ainsi à rechercher ce qui est particulier au contexte et les variables qui l'influencent pour les prendre en considération dans les pratiques managériales (Sheppeck et Militello, 2000 ; Tregaskis et Heraty N. et Morley M., 2001). Comme tout système de gestion, la GRH est donc influencée par la dimension contextuelle. Ainsi, la recherche d'une meilleure adéquation entre les binômes identité/diversité et unité/diversité est privilégiée. Prime et Usunier (2003) soulignent la nécessité d'intégrer l'unique et le local avec le global et le standard.

Le positionnement théorique de cette recherche se rapproche également des travaux de D'Iribarne (2003), et sur un plan plus managérial de ceux de Pfeffer (1995, 2005), Porter et Olmsted-Teisberg (2006). Cette recherche rejoint, d'une part, 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 et elle s'inscrit, d'autre part, dans la continuité des travaux de Pfeffer (1995, 2005) sur l'influence de la qualité de la gestion et du management des ressources humaines sur les résultats d'une organisation.

Les approches émanant des travaux de Hofstede (1987), D'Iribarne (2003) et Hall (1979), expliquent l'influence des valeurs exprimées dans une société tant sur le comportement, le style de gestion que sur les pratiques managériales.

Cette recherche étudie les spécificités du management dans un établissement de santé africain, dans une logique similaire à celle adoptée par Porter et Olmsted-Teisberg (2006) 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 ?

Enfin, le cas des cliniques privées en tant que tel (contrairement aux établissements publics) a été peu étudié dans la littérature. Selon Claveranne et Piovesan (2003, p. 144), la clinique privée est un objet de gestion non identifié. Les travaux existants sur ce thème portent selon ces mêmes auteurs davantage sur la transférabilité des modèles d'analyse stratégique au cas de cliniques privées (Saulquin, 1995 ; Béchu, 1999). « *L'invariant de ces structures reste l'architecture organisationnelle dont la complexité ressemble à un jeu de lego* » selon, Claveranne et Piovesan. Ces cliniques privées peuvent se comparer à des entreprises artisanales où le médecin considéré comme « le professionnel » ou « l'homme clé » joue un rôle capital.

1.2. Cadre contextuel de l'étude empirique

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 (Looky, 2005). 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 Unis 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 ».

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 écrites reposent sur la tradition orale très présente en Afrique. En ce sens, eu égard à nos traditions et à nos pratiques, on peut considérer qu'elles procèdent d'un mode informel....

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.

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

- la nature de la relation employeur-employé (cela peut être une relation de travail ou une relation sociale)

- la rémunération du personnel (cela peut être un salaire ou un don)
- les relations avec les apprentis (très nombreux dans ces unités).

Cette étude a été réalisée sur une clinique privée béninoise. La clinique est située à Porto-Novo, capitale politique du Bénin et chef lieu du département de l'Ouémé. Porto-Novo Elle occupe un territoire de 4.700 Km² pour une population de 711.817 habitants. Le nombre de médecins toutes spécialités et tous types d'exercices confondus (public et privé) est évalué à 50 avec moins de 7 en activité exclusivement privée. On compte 3 cliniques dont seule celle que nous étudions offre des lits d'hospitalisation. La clinique est fréquentée par des malades venant de Porto-Novo et de ses environs mais aussi du Nigeria (zone frontalière). Parmi les patients béninois on compte des paysans (et leurs familles) des zones rurales proches de Porto-Novo, des commerçants et des travailleurs du secteur tertiaire. Ces patients, pour la majorité, sont issus du secteur informel et appartiennent aux groupes socio-économiques vulnérables.

Cette clinique privée, au capital de 5 000 000 FCFA, (7 622,45 euros) est considérée comme une petite entreprise. Elle a été créée en 1998 par deux médecins (diplômés d'une faculté de médecine française).

Aujourd'hui, 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 interniste, spécialiste 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 vacations 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 réalise des interventions médicales à domicile pour certains malades très dépendants qui sont dans une situation d'urgence. Elle assure également des consultations prénatales et des accouchements et, à ce titre, emploie 4 sages-femmes dont une à temps partiel. Une séance de vaccination incluant le vaccin contre l'hépatite B, se déroule à la clinique le mercredi. Les acteurs paramédicaux sont constitués de 4 infirmiers dont un infirmier chef major et de 12 aides soignants répartis en 3 équipes. Ces équipes fonctionnent par rotation (permanence, garde de nuit et week-ends).

La présente recherche a été initiée par la direction de la clinique, sous forme d'un contrat de recherche. L'objectif était de réfléchir à l'introduction de pratiques de gestion adaptées au contexte de la PME subsaharienne, prenant en compte ses spécificités sociales, économiques, culturelles, éthiques, historiques, géographiques et démographiques¹. Les objectifs sont de donner aux malades des soins de bonne qualité, de faire de la prévention, de la recherche clinique, de l'enseignement (formation des aides-soignants, éducation pour la santé) et de mettre à la disposition des malades en un site unique, des compétences et un savoir-faire à la hauteur de tous les besoins existant dans le département. A travers toutes ces activités, il s'agit

¹ Contrat de recherche avec une Clinique privée Béninoise. Rapport de recherche - *L'audit socio-économique de la Clinique*, Ahouanougan L. B. et Noguera F. (2006).

de participer au développement en agissant sur le volet de la santé. Il s'agit aussi d'agir en restant dans le cadre du plan directeur de la DDS-Ouémé et du ministère de la santé.

1.3. Méthodologie et mode opératoire de la recherche

Cette étude empirique s'inscrit dans une approche qualitative. En sciences de gestion, J. Van Maaren (1983) définit les méthodes qualitatives comme un « éventail de techniques d'interprétation qui visent à décrire, décoder, traduire et d'une façon plus générale, être en accord avec le sens des phénomènes ». C'est dans cet esprit que les recherches qualitatives sont souvent qualifiées de *compréhensive*, c'est-à-dire qu'elles cherchent à *comprendre* le(s) sens de situations de gestion et de phénomènes, plutôt qu'à valider quelques hypothèses comportant un *petit* nombre de variables. Le travail consiste à réaliser des observations sur le terrain, sans volonté d'engagement du chercheur dans l'action de l'entreprise (Plane, 2000). Le chercheur propose des interprétations du réel qui ne sont pas la réalité mais un construit sur une réalité susceptible de l'expliquer (Wacheux, 1996). Cette recherche s'appuie sur l'élaboration et la validation d'hypothèses à partir de l'observation scientifique et de la collecte de données de terrain selon la méthodologie du diagnostic socio-économique (Savall H. et Zardet V. 1987, 2003).

L'ensemble de l'encadrement de la clinique a été rencontré dans le cadre d'entretiens individuels semi-directifs d'une heure et demie (6 personnes rencontrées). 11 entretiens semi-directifs collectifs d'une durée de deux heures ont été conduits auprès de 32 personnes employées de la clinique. Les entretiens ont fait l'objet d'une exploitation de 12 à 15 phrases-témoins, soit plus de 200 phrases sélectionnées.

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.

Le mode opératoire de la recherche s'est déroulé selon les étapes suivantes :

- Les dysfonctionnements ont été identifiés lors d'entretiens semi-directifs avec l'encadrement et un échantillon du personnel de la clinique (Tableau 1). 17 entretiens semi-directifs ont été conduits, soit 38 personnes rencontrées

Tableau 1 : Segmentation de la population interviewée

<i>Composition de la sous-population</i>	- Le directeur – Médecin Spécialiste en maladies infectieuses
<i>Encadrement</i>	- 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
<i>Composition de la sous-population personnel</i>	- 2 agents comptables et 1 radiologue
	- 2 aides soignants
	- 3 aides soignants
	- 2 aides soignants, 1 caissière
	- 1 infirmier, 1 aide soignant et 1 secrétaire/accueil
	- 1 caissière, 1 aide soignant et 1 blanchisseur
	- 1 Educatrice Thérapeutique, 1 Secrétaire/accueil et 1 Pharmacienne
	- 1 infirmier, 1 aide soignant et 1 caissière
	- 2 agents d'entretien et 1 aide soignant

	- 2 sages-femmes et 1 caissière
	- 2 aides soignants et 1 agent d'entretien
	11 entretiens collectifs de 2 heures, soit 32 personnes rencontrées

- Des entretiens individuels de deux fois une heure ont été ensuite menés auprès d'un échantillon de cadres pour évaluer qualitativement (quelles régulations ?), quantitativement (quelle fréquence d'occurrence sur un an ?) et économiquement (quelle perte de valeur ajoutée sur un an ou coûts cachés ?) l'impact des dysfonctionnements.
- Les régulations ont été regroupées selon deux types d'activité : les activités humaines et les consommations de produits (biens ou services). Les quantités de consommations de produits ou services sont évaluées à partir des coûts effectivement supportés par l'entreprise. Les temps humains sont valorisés à la contribution horaire à la marge sur coût variable (CHMCV) ou contribution horaire à la valeur ajoutée variable. La CHMCV est un indicateur synthétique de la création de valeur économique dans une organisation, dont les utilisations sont multiples tant pour les décisions d'analyse, de contrôle de gestion, que de pilotage stratégique (Savall et Zardet, 1987, 1998).
- Cette classification des régulations a ensuite été valorisée économiquement à l'aide de six composants : les surconsommations, les surtemps, les non-productions, les sursalaires, la non-crédation de potentiel, les risques.

2. 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. Cependant, la validité externe est faible puisque les observations ne reposent que sur un cas unique. Néanmoins, elles permettent d'engager une réflexion et un certain nombre de débats reposant sur l'observation de pratiques concrètes. Ainsi les résultats offrent la possibilité de mettre en évidence des spécificités de management 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.

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'éthnie, 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.

L'absentéisme est important et reste 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%. Ces absences 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 qui 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 qui 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 qui 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.

- 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. A titre d'exemple, 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. Des problèmes de trésorerie en découlent. 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 évènements 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. Dans ce contexte, il est difficile de faire la part entre relation sociale et 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 soient 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* », qui peut prendre, parfois, la forme d'un 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	0,80 euros ²
Nombre de semaines par an	52

² La création de la valeur ajoutée d'une heure de travail : 0.80 euros/heure

Nombre de mois par an	12
Nombre de jours par an (5 jours/semaine)	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 fatigant 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 gestion et de management 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 gestion et les pratiques pour les adapter à ces organisations. Nous avons ainsi, analysé en profondeur les pratiques de management 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, 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 négociations et de discussions avec les acteurs concernés. Un deuxième résultat relevé, est l'identification des causes 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 pertes de valeur ajoutée très importantes, environ 288,62 €, soit 188 314,88 F CFA par personne et par an. Sur ce point les travaux de Holcman (2008,

p 36) à travers la notion de « dysorganisation » expliquent le fonctionnement sous-optimal qui est parfois recherché par les acteurs de ces organisations. Certaines des défaillances rencontrées par la clinique sont de ce type et sont renforcées par la culture du pays. Toutefois, la majorité reste des dysfonctionnements sur lesquels il est possible d'agir afin d'améliorer les performances. 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, (qui fait quoi ?) entraîne des glissements de fonction des infirmiers vers 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, 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 envisager également concerne les 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, leur date de réalisation ainsi que les personnes concernées. 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

AHOUANOUGAN L. B. et NOGUERA F. (2006), *L'audit socio-économique de la Clinique Louis Pasteur – Bénin*.

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

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.
BECHU T., De la clinique à l'hôpital privé, Université de Rennes, Thèse de sciences économiques, 2000.

CHEVRIER S. (1996) « Le management de projets interculturels : entre le rêve du melting pot et le cauchemar de la Tour de Babel. », *Ecole de Paris du management*, www.ecole.org.

CLAVERANNE J.-P. et PIOVESAN D (2003), La clinique privée, un objet de gestion non identifié, *Revue française de gestion* 2003/5, n° 146, p. 143-153.

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

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

D'IRIBARNE P. (2003) « Management et cultures », in : *L'encyclopédie des ressources humaines*, Vuibert.

D'IRIBARNE PH. (1989). *La logique de l'honneur*. Paris : Seuil.

D'IRIBARNE PH. (1990). Face à l'impossible décentralisation des entreprises en Afrique. *Revue Française de Gestion*, n° 80, p. 28-39.

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.

DUMONT R. (1962), *Afrique noire : Développement agricole. Reconversion de l'économie agricole (Guinée, Côte d'Ivoire, Mali)*. Presse Universitaire de France.

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.

FAYE A.W. (2004), « Valeurs culturelles et pratiques de GRH en Afrique subsaharienne : au-delà du discours incantatoire », Symposium Euromed Marseille.

FOTTORINO E., GUILLEMIN C. et ORSENNA E. (1992), *Besoin d'Afrique*, Fayard.

FRIMOUSSE S. et PERETTI J.-M. (2005), « Apprentissage stratégique des pratiques de GRH, internationalisation des firmes et espace euro-maghrébin », *Revue management et avenir* 2005/3 - N° 5, p. 45 à 61.

HALL E. (1979) *Au delà de la culture*, Paris, Seuil.

HENRY A. (1998). Peut-on redresser une entreprise africaine en respectant la parole des ancêtres ? *Gérer et comprendre*, 1998, n° 12.

HERNANDEZ E.-M (1996), « L'entrepreneur informel africain et le concept de gestion écosociale, 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.

HOFSTEDE G. (1987) « Relativité culturelle des pratiques et théories de l'organisation », *Revue française de gestion*, septembre-octobre, n° 64.

HOLCMAN R. (2008), « La « dysorganisation », un fonctionnement sous-optimal recherché par ses acteurs », *Revue Française de Gestion*, volume 34, n°184, mai 2008, p 35-50.

HUAULT I. et CHARREIRE (2002), *Les grands auteurs en management*, les éditions EMS Management et Société. Paris.

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.

LAWRENCE P. et LORSCH J.W. (1969) *Organizational and Environment*, Harvard Business School.

LEVITT T. (1983) *The globalization of markets*, Harvard Business Review.

LOOKY L., 2005, « Proposition d'une gestion de type socio-économique pour l'amélioration des performances », *Thèse de doctorat en Sciences de Gestion*, Université Jean Moulin Lyon 3.

LUGAN B. (1996) (1991). *Afrique : bilan de la décolonisation*. Paris : Perrin.

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, 506 p.

PRIME N. et USUNIER J.C. (2003) *Marketing international : développement des marchés et management interculturel*. Vuibert.

SAULQUIN J.-Y. (1995), La clinique en observation : formulation d'un diagnostic en relation avec l'efficacité, Université de Poitiers, IAE, Thèse de doctorat en sciences de gestion.

SAVALL H. et ZARDET V. (1987), *Maîtriser les coûts et les performances cachés*, 4^{ème} ed. 2003, Economica.

SAVALL S. et ZARDET V. (1998), « Un indicateur de veille stratégique de la création de valeur : la contribution horaire à la valeur ajoutée sur coût variable ou marge sur coût variable », 14^{ème} Journées Nationales des IAE, Nantes, 18 p.

SCHNEIDER S. et BARSOUX J.L. (2003) *Management Interculturel*, Pearson Education France, Paris.

SHEPPECK M.A. et MILITELLO J. (2000), « Strategic HR Configurations and Organizational Performance », *Human Resource Management*, Vol.39, n° 1.

TIDJANI B. (2000), « Le profil du responsable du personnel au Sénégal : le discours et la réalité » in : *Africa Développement*, vol xxv n° 1 et 2.

TREGASKIS O., HERATY N. et MORLEY M. (2001), « HRD in multinationals : the global/local mix. », *Human Resource Management Journal*, vol.11, n° 2.

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

VAN MAANEN J. (1989), Some notes on the importance of writing in organization studies in : Cash J. et Lawrence P. *The information systems research challenge : qualitative research methods*, vol.1, Harvard School Research colloquium, Boston.

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