

ANALYSE DES DIMENSIONS ET CRITÈRES DE PERFORMANCE D'UNE STRUCTURE DE SANTÉ : LE CAS DE L'HOPITAL PIKINE

Dr Assane NDAO¹

RESUME :

Ce travail porte sur la performance d'une structure de santé dans le contexte d'un pays en voie de développement. L'objectif est d'étudier les caractéristiques de la performance hospitalière dans un tel contexte. Une étude de cas a été réalisée dans un hôpital de niveau trois sur la base d'entretiens semi-directifs auprès de quinze personnes, dont des chefs de service et des patients. Quatre dimensions de la performance à savoir la qualité des soins, la productivité, les ressources « humaines et la finance, permettent d'appréhender la performance d'un centre hospitalier. Les résultats montrent que les dimensions financière et qualité des soins sont au cœur des préoccupations des différents acteurs.

Mots clés : performance, hôpital, réformes, dimensions, critères, modèles de performance.

¹ Ecole Supérieure Polytechnique de l'Université Cheikh Anta DIOP de Dakar
B.P. : 5085 Dakar-Fann (Sénégal) – e-mail : Assane.ndao@esp.sn

Introduction

La recherche de la performance est devenue une actualité au cœur du système hospitalier des pays occidentaux (Heller, 2008 ; Annick et al., 2009; Girault et Minvielle, 2015 ; Champagne et al, 2005, Gueye et Kopp, 2009...), mais aussi de celui des pays en voie de développement.

En Afrique subsaharienne², les hôpitaux sont peu performants. La part des dépenses de santé dans le PIB qui tourne autour de 2%, est très faible. L'accès aux soins demeure une préoccupation majeure. Selon le rapport 2006 de l'OMS, les hôpitaux sénégalais ont connu des difficultés à savoir : la dégradation de la qualité des soins ; le déficit des ressources financières, matérielles et humaines ; l'insuffisance de la subvention de l'Etat ; le déséquilibre budgétaire ; la non fiabilité du système d'information. Pour Niang (2008, p. 40) « *les systèmes de santé ploient sous les effets conjugués des contrecoups des programmes macroéconomiques, de l'exode des ressources humaines et des politiques de santé inadaptées aux besoins des individus et des communautés les plus pauvres* ». Ce système a aussi subi pendant longtemps des pressions de partenaires techniques et financiers (Fournier et al., 2000).

Au Sénégal une réforme a été initiée en 1998 pour améliorer la performance des hôpitaux. Selon cette réforme hospitalière (Présentation, lois et décrets, p.5) « *le nouvel hôpital devra assurer l'équilibre de ses comptes et une qualité de soins pour répondre à ses obligations de performance* ». Les hôpitaux sont alors dotés d'une personnalité morale avec une autonomie de gestion, donc soumis à une logique de gestion axée sur les résultats.

Malgré, cette réforme des dysfonctionnements persistent toujours dans le secteur de la santé. Les usagers rencontrent toujours les mêmes problèmes au niveau de la prise en charge, surtout dans la gestion des urgences, de l'accessibilité aux soins, etc. Alors qu'aujourd'hui, le patient devenu « *client* » est de plus en plus exigeant sur la qualité des services offerts par les hôpitaux (Guisset et al., 2002). Le défi est alors d'améliorer le système de santé, de rendre les hôpitaux plus performants avec la maîtrise de leurs dimensions et critères de performance. Dans les pays occidentaux plusieurs modèles d'évaluation de la performance des hôpitaux ont été développés, à savoir : the performance assesment tool for quality improvement in hospitals (PATH), le modèle HospiDiag de l'Agence nationale d'appui à la performance des

²Selon un rapport (2010) du Cabinet Performances Management Consulting

établissements de santé (ANAP), le modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé (Egipss). Des dimensions et critères de la performance ont été identifiés pour piloter la performance des hôpitaux.

Selon Annick Le Pogam et al., (2009), le cadre conceptuel et les modèles de performance peuvent varier selon les systèmes de santé. Ces systèmes doivent pouvoir répondre aux besoins des citoyens en tenant compte des facteurs tels que la physionomie des économies, la démographie, les politiques sociales, la solidarité et les comportements des ménages (Gobbers et Pichard, 2000). Qu'en est-il de la performance des hôpitaux au Sénégal ?

Le Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP), notre lieu d'investigation, est né après la réforme des hôpitaux, de la coopération entre le royaume d'Espagne et la République du Sénégal. Cet hôpital a été érigé en établissement public de santé hospitalier (E.P.S.H.) de niveau III³ par décret n°2007-317 du 01 mars 2007. Cependant, malgré tous les efforts déployés depuis son ouverture, la gestion du CHNP est caractérisée par des dépenses énormes avec des ressources limitées comme d'ailleurs dans la plupart des hôpitaux au Sénégal. Cet hôpital souffre également du manque d'outils capables de piloter la performance hospitalière et d'aide à la prise de décisions. Il s'agit alors, pour piloter la performance d'identifier les dimensions et critères à utiliser.

Nous nous interrogeons ici sur la performance d'un centre hospitalier, et sur les dimensions et critères de cette performance. Cela nous pousse à poser la question suivante : Quelles sont les dimensions et critères de performance d'un établissement public de santé dans le contexte d'un pays en voie de développement ?

L'objectif de cette étude est d'une part, de mieux cerner le concept de performance hospitalière dans le contexte d'un pays en voie de développement. D'autre part, nous désirons identifier les dimensions et critères de performance d'un centre hospitalier dans un tel contexte. Nous présenterons premièrement, le concept de performance dans le secteur de la

³ Selon le décret n° 2009-521 du 04 juin 2009, il existe trois types d'établissements publics de santé hospitaliers (EPS) :

- les EPS de premier niveau qui dispensent des prestations de médecine ;
- les EPS de second niveau dispensent des prestations de médecine et de chirurgie générales, obstétrique, de soins d'urgence et des soins spécialisés à caractère médical, chirurgical ou psychiatrique.
- les EPS de troisième niveau ont une vocation qui s'étend sur l'ensemble du territoire national, liée à leur haute spécialisation en médecine, chirurgie, obstétrique et psychiatrie.

santé (1). Ensuite, nous exposerons la méthodologie adoptée pour cette recherche (2). Les résultats seront enfin présentés (3) et discutés (4).

1. La performance dans le secteur de la santé

Après avoir exposé le caractère contingent, paradoxal et multidimensionnel de la performance (1.1), nous présenterons les dimensions de la performance de quelques modèles dans le secteur de la santé (1.2).

1.1. Le caractère contingent, paradoxal et multidimensionnel de la performance

De nombreux auteurs ont proposé une définition du concept de performance. La grande difficulté de la définition de la performance est qu'elle est liée à la conception que chaque approche peut avoir des organisations, voire plus précisément des parties prenantes que l'on considère, consciemment ou non, prioritairement. Cela donne naissance à de nombreux modèles, développés dans des cadres spécifiques. La plupart apparaissent en cela comme pertinents, mais uniquement par rapport à leur contexte, et de ce fait peuvent être difficilement généralisés.

La performance est un concept à la fois contingente, paradoxal et multidimensionnel (Sicotte et al., 1998 ; Champagne et Guisset, 2005 ; Bonvoisin et al., 2008). La contingence de la performance renvoie à la capacité de l'organisation à s'adapter à son environnement (De Pourville, 1996). Bonvoisin et al., (2008) constatent que toutes les approches de la performance peuvent être utilisées en tenant compte des parties prenantes, du contexte, et des buts poursuivis par l'organisation. Elle est donc relative au contexte (l'atteinte d'un même objectif peut apparaître comme facile dans un environnement très favorable et au contraire très difficile dans un contexte moins porteur) et relative aussi à la personne qui l'évalue. La performance est dans ce sens de nature contingente.

La performance est aussi qualifiée de paradoxale (Guisset et al., 2002), car l'évaluation de la performance, de même que ses déterminants, peuvent varier selon les modèles (Cameron et Whetten, 1983; Cameron, 1985 ; Champagne et Guisset, 2005). L'amélioration d'un objectif peut dégrader un autre objectif, pourtant important pour l'organisation.

La performance est enfin multidimensionnelle. Elle peut être ainsi vue comme une performance stratégique, financière, sociétale, environnementale, selon les acteurs concernés. Cependant, dans le domaine de la santé, l'objectif principal est alors pour Bachimont et Letourmy (2002) d'être performant en termes de qualité services offerts à la population. Ainsi, selon Champagne et al., (2005, p.9), la performance des services de santé peut être définie comme « *un construit multidimensionnel qui réfère à un jugement élaboré à travers l'interaction entre les parties prenantes sur les qualités essentielles et spécifiques qui caractérisent la valeur relative de l'organisation* ». Pour Annick Le Pogam et al., (2009), aussi, la performance hospitalière est globale et multidimensionnelle. Elle est caractérisée par la qualité et sécurité des soins, l'utilisation optimale des ressources, la productivité, la satisfaction du patient, etc...

D'après Guisset et al., (2002, p. 74), « *la performance d'une organisation peut se définir comme sa capacité à établir et maintenir une tension dynamique entre la réalisation de sa mission (pôle 1 : atteinte des buts), l'acquisition et le contrôle des ressources (pôle 2 : argent, prestige), le développement des ressources humaines (pôle 3 : bien être des travailleurs et développement de ma personne) et l'intégration et la prévisibilité de ses activités de production (pôle 4)* ». Ainsi, l'atteinte des objectifs de performance nécessite une interrelation entre ces différents pôles.

Bonvoisin et al., (2008, p. 1) observent qu'il y a une évolution du concept de performance dans les hôpitaux. En effet, pour les auteurs « *Le terme performance est passé d'une utilisation médicale pour qualifier les résultats de traitements médicaux sur l'organisme (la qualité des soins) à une utilisation organisationnelle pour qualifier l'ensemble des prestations fournies par le système de soins (la qualité des soins mais aussi les pratiques médicales, les processus de prise en charge, les systèmes d'information, la satisfaction des parties prenantes et l'environnement économique et financier de ces soins)* ». Donc, l'évaluation de la performance d'un hôpital nécessite la prise en compte des différentes parties et de plusieurs dimensions.

1.2. Modèle et dimensions de la performance dans le secteur de la santé

Dans les pays développés divers organismes suivent la performance des hôpitaux. Ainsi, parmi ces organismes, Heller (2008) cite aux Etats Unis, l'Agency For Health Research Quality Report (NHQR) ; au Royaume uni, le National institute for Clinical Excellence (NICE); et la Communauté Européenne a mis en place le Health Care Quality Indicators (HCQI). Ces diverses organisations montrent l'importance de l'évaluation de la performance dans le secteur de la santé, mais aussi la maîtrise de ses dimensions et critères.

Le terme critère ou déterminant de la performance désigne les conditions ou signes qui servent de base de jugements par rapport à un axe de la performance (Morin et al., 1994), par exemple la part de marché du *balanced scorecard* est un critère ou déterminant de performance de l'axe client. Ainsi Bergeron (2000) soutient que les critères de la performance permettent d'identifier les indicateurs de performance.

Plusieurs modèles ont permis d'appréhender la performance d'une structure de santé. Parmi ces modèles nous pouvons citer les modèles de Donabedian (1998), de Sicotte et Al (1998), PATH, HospiDIag, Egiyss, etc. Cependant, Grandjean (2015) précise qu'il convient de distinguer les modèles de performance à l'échelle nationale d'un pays, par exemple le modèle de performance de l'OMS, et les modèles de pilotage de la performance d'un service de santé comme les modèles HopiDiag, PATH et Egiyss. Dans le cadre de cette étude, nous nous intéressons plus particulièrement aux modèles de pilotage de la performance d'un établissement de santé.

Selon Veillard et al., (2005), le modèle « *the performance assesement tool for quality improvement in hospitals (PATH)* », a été conceptualisé en 2003 par le Bureau Régional de l'Organisation Mondial de la Santé en Europe à travers un projet regroupant vingt pays européens. A l'issu de ce processus, six dimensions de la performance ont été retenues, il s'agit de : l'efficience clinique, l'efficience, l'orientation du personnel, la gouvernance responsable, la sécurité, l'orientation du patient.

Le modèle HospiDiag de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP) est construit autour cinq dimensions : l'activité, la qualité, l'organisation, les ressources humaines et les finances.

Enfin, le modèle Evaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé (Egipps) développé au Canada par des chercheurs (Champagne et al., 2005) du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'université de Montréal en 2005, est construit autour de quatre dimensions : adaptation, atteinte des buts, maintien des valeurs et production. Les dimensions de la performance de chaque modèle sont regroupées dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Synthèse des modèles de performance dans les hôpitaux

Modèles de performance	Dimensions de la performance hospitalière	Description
Modele PATH	L'efficience clinique	est une dimension de la performance permettant à un hôpital de fournir des soins ou des services cliniques appropriés afin d'atteindre les résultats souhaités pour tous les patients susceptibles d'en bénéficier ;
	L'efficience	signifie pour un hôpital l'utilisation optimale des intrants pour produire des résultats compte tenu des ressources disponibles.
	L'orientation du personnel	est portée sur la qualification du personnel de l'hôpital à prodiguer des soins requis aux patients. Il s'agit de renforcer la capacité d'apprentissage du personnel par la formation, leur satisfaction au travail en les mettant dans des conditions favorables.
	La gouvernance responsable	est la dimension de la performance permettant à un hôpital de répondre aux besoins de la communauté, d'assurer la continuité et la coordination des soins, d'innover et fournir des soins à tous les citoyens indépendamment des caractéristiques raciales, physiques, culturelles, sociales, démographiques ou

		économiques
	La sécurité	est la dimension de la performance, dans laquelle un hôpital a la structure appropriée et utilise des processus de prestation de soins qui empêchent de manière mesurable ou réduisent les dommages ou les risques pour les patients et les membres de son personnel.
	L'orientation du patient	est une dimension de performance dans laquelle un hôpital place les patients au centre des soins et de la prestation des services en accordant une attention particulière aux besoins des patients et de leurs familles, aux attentes, à l'autonomie, à l'accès aux réseaux de soutien hospitalier, à la communication, à la confidentialité, à la dignité, au choix du fournisseur, et le désir de soins rapides et opportuns
Modèle HospiDiag	La dimension organisation	regroupe des critères tels que : l'organisation de l'ambulatoire, la chaîne médico-administrative, l'adéquation des durées de séjour, l'optimisation des dépenses par exemple.
	Pour la dimension activité	Pour la dimension activité, l'organisation doit développer la chirurgie ambulatoire, la cancérologie, suivre la contribution des urgences à l'activité, veiller sur l'utilisation et l'occupation des lits, l'attractivité de l'établissement
	La qualité des soins	est suivie par les critères tels que niveau de certification, organisation du bloc opératoire, prise en charge des urgences et des soins non programmés, démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, activités de lutte contre

		les infections nosocomiales, qualité du dossier du patient, qualité du dossier anesthésique, réunions de concertation pluridisciplinaires.
	Les ressources humaines	l'évaluation de cette dimension se fait suivant le renouvellement des équipes, l'absentéisme, l'activité rapportée aux effectifs, structure des équipes, temps de travail du personnel non médical
	Finances	il s'agit pour un établissement de sante de suivre les indicateurs de recouvrement/règlement, la capacité à générer des excédents, le niveau d'endettement et la capacité de remboursement, le renouvellement des immobilisations, la structure financière.
Modèle Egipps (Evaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)	La dimension adaptation	fait référence à court terme à la capacité de l'établissement de santé à acquérir des ressources, répondre aux besoins de la population, attirer la clientèle. L'établissement de santé doit aussi sur le long terme innover et se transformer, donc s'adapter à son environnement.
	La dimension production	l'établissement se préoccupe de l'optimisation de la production par rapport aux ressources disponibles, de la qualité des soins, du volume des soins et services et enfin de la coordination de la production
	La dimension maintien des valeurs	la performance de l'organisation dépend des valeurs partagées par l'ensemble du personnel pour la réalisation des objectifs dans un climat organisationnel favorable.
	La dimension atteinte des buts	la structure de santé se focalise sur la satisfaction des différentes parties, surtout de la population, en utilisant les ressources nécessaires de manière efficiente.

2. Méthodologie de recherche

Après avoir présenté le cas choisi (2.1), nous exposerons la méthode de collecte des données (2.2) et enfin leur traitement (2.3).

2.1. Le choix de notre cas

Les Etablissements Publics de Santé (EPS) Hospitalier de troisième niveau ont une vocation qui s'étend sur l'ensemble du territoire national, liée à leur haute spécialisation en médecine, chirurgie, obstétrique ou psychiatrie. Ils constituent le troisième niveau de référence. C'est ainsi que le choix sur les E.P.S de niveau III constitue un domaine de recherche important.

Ces E.P.S sont dotés d'une autonomie de gestion et dispose de cellules de contrôle de gestion, d'un conseil d'administration ouvert aux représentants des collectivités locales, des usagers, des professions médicales et pharmaceutiques exerçant dans les établissements, aux personnalités qualifiées, et aux représentants des organismes de prévoyance sociale.

Le Sénégal compte à ce jour six (06) E.P.S de niveau 3 que sont : l'hôpital Aristide Le DANTEC, l'hôpital Général de GRAND YOFF, le Centre Hospitalier National Universitaire de FANN, l'hôpital PRINCIPAL, l'hôpital Mawlabul Fawzaini de TOUBA et le Centre Hospitalier National de PIKINE.

Notre choix porte sur le Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP). Ce choix s'explique par le fait que cet hôpital est implanté au cœur de la banlieue dakaroise où la majorité de la population vit dans la précarité et a du mal à supporter les dépenses de santé. La culture d'assurance maladie est quasi inexistante. C'est aussi un hôpital qui a commencé ses activités officiellement le 02 mai 2006, après la réforme hospitalière.

2.2. La collecte des données

Dans le cadre de notre étude, les informations ou les données sont obtenues essentiellement grâce à un guide d'entretien adressé au Directeur et aux neuf (9) chefs de service de l'hôpital. Ces personnes sont au cœur de la gestion hospitalière tant au niveau stratégique et opérationnel. En dehors de ces personnes incontournables, cinq (05) patients dont deux (02) nouveaux patients et trois (03) anciens patients qui fréquentent l'hôpital depuis plus d'une année, ont été aussi interviewés (Voir Tableau 2 ci-dessous).

Les patients interrogés sont au cœur des prestations offertes par l'hôpital. L'interview réalisée entre nouveaux et anciens patients permet alors de mieux apprécier leurs points de vue sur la performance d'un hôpital.

Le guide d'entretien utilisé est structuré autour des thèmes suivants : présentation de la personne interviewée et de son service (s'il s'agit d'un salarié) ; vision stratégique et la mission de l'hôpital (ou service) ; la performance d'un hôpital, ses dimensions et critères. Le guide a été adapté suivant le profil de nos interlocuteurs. D'autres sources de données ont été recueillies comme le projet d'Etablissement de l'hôpital, les rapports d'activités des services, des textes de presses, et des rapports provenant de divers organismes de santé.

Tableau 2 : Profil des acteurs interrogés.

Numéro (entretien)	Profil	Durée de l'entretien
Personnel de l'hôpital		
1	Directeur d'hôpital	2H00
2	Chef de service Administratif et financier	1H00
3	Chef du Service Contrôle de Gestion	45 mn
4	Chef du Service de l'Agence Comptable	50 mn
5	Chef du Service des Ressources Humaines	1H 05mn
6	Chef du Service de la Pharmacie Centrale	40 mn
7	Chef du Service de la Qualité	45 mn
8	Chef Du Service des Soins infirmiers	55mn
9	Chef du Service d'Audit Interne	45mn
10	Chef du Service Partenariat Public-Privé	40 mn

Patients		
11	(Ancienne Patiente 1)	20 mn
12	(Ancien Patient 2)	20 mn
13	(Ancienne Patiente 3)	30 mn
14	(Nouveau Patient 1)	20mn
15	(Nouvelle patiente 2)	25 mn

2.3. Le traitement des données collectées

En utilisant la technique de l'analyse de contenu, pour cette étude, nous avons procédé à une opération de catégorisation. Elle consiste en l'élaboration ou en l'application d'une grille de catégories, c'est-à-dire des rubriques rassemblant des éléments ayant des caractères communs sous un titre générique (Bardin, 1977). A cet effet, tous les entretiens et documents ont été analysés. Après la retranscription des entretiens, plusieurs lectures ont été effectuées afin d'identifier les dimensions de la performance d'un hôpital. Ainsi, les catégories suivantes ont été retenues : qualité des soins, activité, qualité des ressources humaines et aspect financier. Ces dimensions ont été regroupées dans une grille de codage, dans un tableau Excel. Il fallait identifier les mots ou groupe de mots qui s'y rapportent, c'est à dire les critères de performance.

3. Analyse des dimensions de la performance et discussion

3.1. La qualité des soins

Parmi les éléments qui contribuent à la performance, il y a un système de management de la qualité au niveau de tous les services. La qualité apparaît comme une dimension de la performance très importante. Cette gestion de la qualité doit être matérialisée selon un de nos interlocuteurs par une offre de soins satisfaisante, et l'accessibilité à ces soins :

« *Quand je dis la gestion de qualité, c'est d'abord l'offre de soins, c'est l'accessibilité à ces soins là. Ensuite, à partir de ce moment, il y a des indicateurs sur la fréquentation de*

l'hôpital et des indicateurs de services. A partir de ce moment, on peut dire que l'hôpital est performant par rapport à ces indicateurs, nous qui les utilisons en tant que chef de service des soins infirmiers. » (Chef du service des soins infirmiers).

D'après l'enquête de satisfaction menée dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement de cet hôpital, des problèmes demeurent au niveau de l'accueil et de l'orientation des malades. De plus, les patients ne sont pas bien écoutés, et la file d'attente est parfois très longue malgré les investissements réalisés pour la gestion des files d'attente et les systèmes informatiques d'appels vocaux utilisés. Les formalités et procédures prennent beaucoup de temps. Le système de tri des malades et la gestion des urgences posent des difficultés.

Cependant, d'autres critères sont cités par les personnes interviewées en comparaison avec les autres hôpitaux de même niveau de la capitale. Il s'agit des conditions de séjour, de l'hygiène, et de la sécurité comme le souligne ces patients :

« Cet hôpital est la structure qui répond aux attentes des plus vulnérables en termes de qualité, d'hygiène et de sécurité. Beaucoup de personnes ne comprennent pas le fonctionnement et le confort de l'hôpital. Ils croient souvent que c'est une clinique. Il faut beaucoup communiquer avec la population sur la qualité, le coût et le confort » (Patiente 2)

D'autres critères de performance ont été aussi identifiés comme la disponibilité des médicaments, la qualité des équipements.

« Il faut nécessairement un plateau technique digne de ce nom. Le plateau technique sous-entend le matériel, les ressources humaines, les infrastructures. Et ça aussi l'hôpital est entrain de veiller sur tout cela. La disponibilité des médicaments est une qualité de l'hôpital par rapport aux autres hôpitaux ». (Le directeur de l'hôpital).

3.2. La productivité

La productivité est un axe de performance retenu par l'ensemble des parties prenantes de l'hôpital. Le C.H.N.P a une capacité d'accueil de 124 lits et compte un effectif de 259 agents permanents au 31/12/15, avec des ressources financières et matérielles qui proviennent essentiellement des produits issus de ses prestations, de la subvention de l'Etat et des dons.

L'évolution du nombre de malades hospitalisés croît d'année en année, et celui des journées d'hospitalisation et le nombre décès connaissent une baisse. Le taux de fréquentation de l'hôpital est donc acceptable.

Il y a des indicateurs sur la fréquentation de l'hôpital et des indicateurs de services. Pour le TOM (Taux d'Occupation des Malades) de l'hôpital, l'hôpital est entre 75 et 80% d'occupation de manière générale, l'IRL (Indice de Rotation des Lits) entre 75 et 80% d'indice de rotation ; pour le DMS (Durée Moyenne de Séjour) qui est un indicateur de qualité sur les prestations, l'hôpital est à 3 à 4 jours. Ces indicateurs sont suivis et des rapports d'activités sont produits chaque mois par les différents services de l'hôpital.

3.3. La qualité des ressources humaines

Selon le Chef du Service des Ressources Humaines du CHNP, des outils tels que le management participatif, un dispositif de formation continue, des supports de communication sont déployés au sein de l'hôpital. A cet effet, quatre critères essentiels permettent à l'hôpital d'évaluer la valeur des ressources humaines que sont : la mobilisation des employés, le climat de travail, le rendement des employés et le développement des employés.

- Mobilisation des employés : le degré d'intérêt manifesté par des employés pour leur travail et pour l'hôpital ainsi que l'effort fourni pour atteindre les objectifs (taux rotation des employés, taux d'absentéisme, etc.)

- Climat du travail : degré auquel l'expérience du travail est évaluée positivement par les employés (taux de participation aux activités sociales, taux de maladie, taux d'accidents, ratio d'actes déviants, nombre de jours perdus à cause d'un arrêt de travail, qualité des relations de travail, etc.).

- Rendement des employés : qualité ou quantité de production par employé ou par groupe (revenus par employé, nombre de consultations par spécialiste, etc.).

- Développement des employés : degré auquel les compétences s'accroissent chez les membres de l'entité (taux de masse salariale consacrée à la formation, effort de formation, transfert des apprentissages etc...).

Le service RH suit les départs et entrées du personnel. Une enquête de satisfaction révèle que 80 % du personnel est satisfait de la politique de fidélisation, du bon niveau de rémunération

et de la gestion des conflits. Les conditions de travail sont aussi importantes comme le souligne ce responsable :

« Le personnel doit être très motivé et ambitieux pour réaliser les meilleurs soins possibles pour la population dans les meilleures conditions et qu'il préfère surtout la satisfaction qui va découler des soins de qualité et que la population soit contente ». (Chef service de qualité)

3.4. La finance

L'aspect financier est surtout matérialisé par l'élaboration du budget et le suivi des recettes et des dépenses, l'élaboration de rapports de gestion par trimestre et par année, et le suivi journalier des engagements.

Un projet d'établissement (PE) sur 2015-2018 est entrain d'être exécuté par cet établissement de santé, de même qu'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Un suivi des charges de personnel est effectué, et elles ne doivent pas dépasser 39% des dépenses de fonctionnement.

Comme tout établissement de santé, un budget réaliste se manifeste par l'équilibre des recettes et dépenses. Cet hôpital respecte les ratios et les normes pour avoir un budget équilibré. Pour cet hôpital, l'analyse du budget et des rapports de gestion montrent que les fourchettes recommandées par l'UEMOA sont respectées. La performance financière se traduit donc par le respect des ratios, des normes fixées.

« Donc, ces ratios par exemple peuvent nous donner des indications sur la performance de l'hôpital. « MachAllah⁴ », à chaque fois, on respecte les ratios et les normes. Par exemple, pour les charges de personnel, on dit qu'elles ne doivent pas dépasser 39% des dépenses de fonctionnement. Et nous, depuis que nous sommes là en tant que contrôleur de gestion, nous n'avons pas dépassé la norme. Et chaque fois, les recettes réalisées sont supérieures aux prévisions. » (Chef du service contrôle de gestion)

L'hôpital doit être aussi capable de s'autofinancer, de prendre en charge ses besoins en financement sans toujours faire appel à l'Etat. L'autre défi est de réduire l'endettement des patients malgré une faible capacité financière de certains d'entre eux.

⁴ Un mot Arabe qui signifie selon la volonté de Dieu

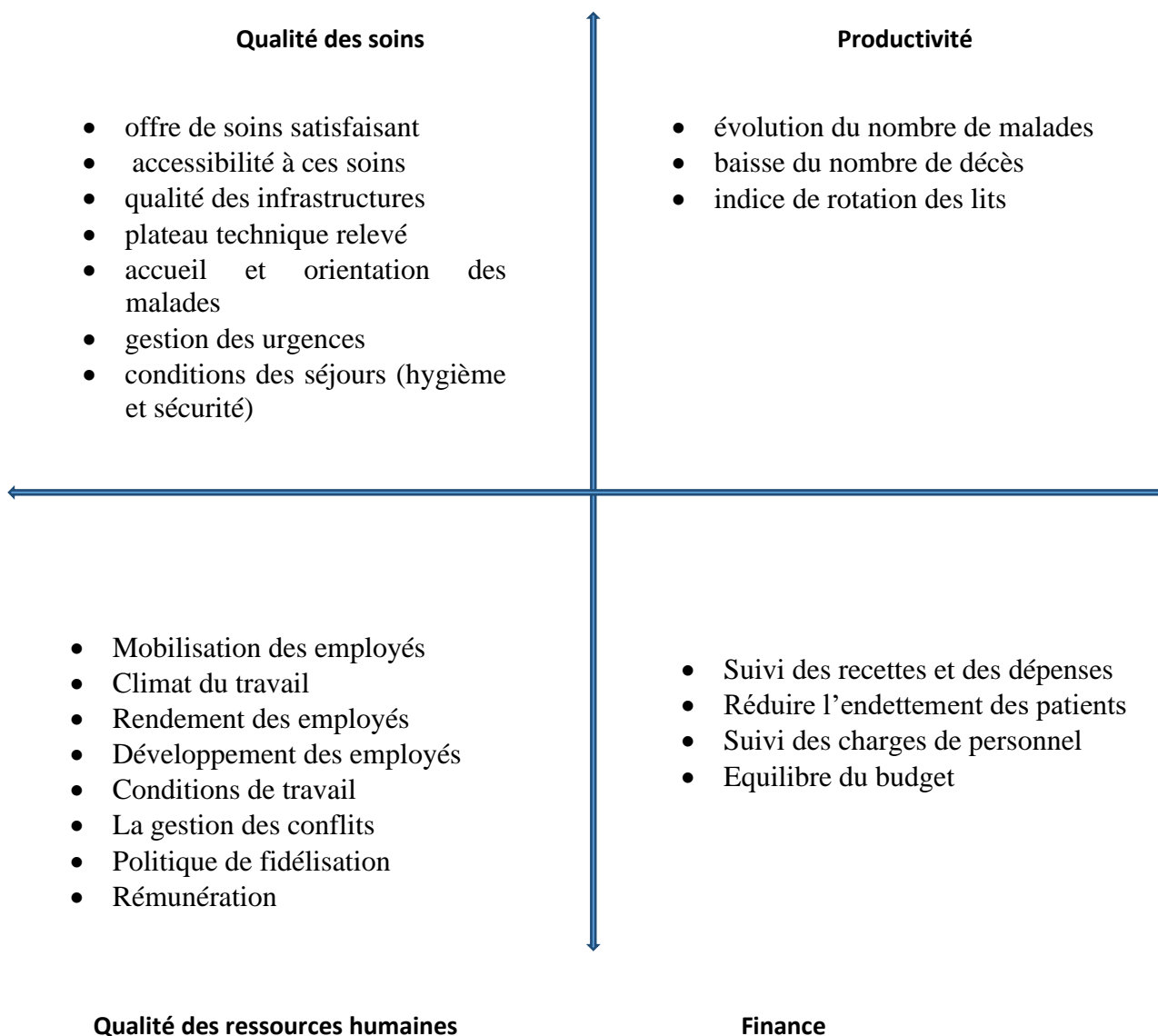
« Toute structure de santé doit être en mesure de se prendre en charge. C'est l'idéal. Mais aucun hôpital pour le moment ne peut avoir cette performance c'est-à-dire s'autofinancer ou prendre en charge sa gestion. Sur le côté financier ça c'est une performance. Faire de telle sorte que les patients qui entrent dans l'hôpital s'acquittent de leur obligation financière. Ça aussi, c'est une performance. Réduire l'endettement est aussi une performance. L'hôpital doit avoir une gestion financière saine et équilibrée. » (Chef du Service Agence Comptable)

L'évolution de ratios et d'indicateurs tels que la part de la masse salariale sur le total des charges, la masse salariale par rapport aux chiffre d'affaires, le ratio de liquidité générale, l'évolution de l'endettement à court terme, sont suivis par le service comptable de l'hôpital.

4. Discussion des résultats et conclusion

L'analyse de la performance révèle quatre dimensions de la performance retenues par les différentes parties prenantes interrogées : la qualité des soins, la productivité, les ressources humaines et la finance. Ces dimensions sont synthétisées dans la figure suivante :

Figure 1 : Synthèse des dimensions et critères d'un centre hospitalier



La dimension qualité des soins apparaît très importante pour un hôpital. C'est un axe de la performance que nous retrouvons dans les modèles HospiDiag et Egiyss. Cependant, comparé aux résultats de notre étude, il existe des différences en termes de critères retenus. Le modèle HospiDiag met en évidence, pour la qualité des soins, des critères tels que la démarche de qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, la prise en charge des urgences et des

soins non programmés, l'organisation du bloc opératoire, le niveau de certification, les réunions de concertations pluridisciplinaires, la qualité du dossier anesthésique, la qualité du dossier patient et l'activité de lutte contre les infections. Dans le modèle Egipss, la qualité des soins figure dans la dimension production. Selon Guisset et al., (2002), le comportement des patients a évolué en termes de qualité de service. Le patient est devenu un client qu'il faut attirer et satisfaire en proposant des soins de qualité.

Cette étude montre aussi que les patients et le personnel sont plus préoccupés par les conditions de séjours, la gestion des urgences, une offre de soins satisfaisants, l'accessibilité à ces soins, la qualité des infrastructures, un plateau technique relevé, l'accueil et de l'orientation des maladies.

La dimension ressources humaines, une dimension que nous retrouvons aussi dans les modèles HospiDiag et Egipss, respectivement avec les ressources humaines et le maintien des valeurs. Le critère formation nous paraît très important. En effet, Balique (2004) soutient que la formation continue des agents de santé est pratiquement inexistante en Afrique francophone. Souvent le personnel n'est pas assez motivé à cause d'une rémunération insuffisante et cherche à la compléter par des activités extra-hospitalières.

La dimension financière est aussi retrouvée dans les modèles PATH (Efficience), HospiDiag (Finances), Egipss (adaptation). Cependant, ce qui caractérise, la dimension financière dans notre contexte est la recherche surtout de l'équilibre financier. Selon Guisset et al.,(2002), l'équilibre financier ou du budget est un élément pour la survie des hôpitaux. Une organisation performante doit pouvoir assurer cet équilibre financier (Grandjean, 2015), en maîtrisant ses coûts (Chaabane et al., 2003). Cet équilibre du budget dépend de la production des services. Cependant, c'est un objectif difficile à atteindre quand on connaît la situation économique des pays en développement, surtout la zone d'implantation de cet hôpital où les ménagères ont un faible revenu alors que comme le soulignent Lombrail et al., (1999), l'hôpital a l'obligation d'accueillir les plus démunis et doit participer à la réduction des inégalités sociales par rapport à l'accès aux soins.

Les résultats montrent que la dimension sociale et environnementale n'est pas assez prise en compte dans cet hôpital. Les préoccupations se situent plus du côté de l'équilibre des comptes financiers et de la qualité des soins.

L'intérêt de cette recherche était d'effectuer une analyse de la performance d'un hôpital de niveau 3. Le contexte hospitalier offre un terrain d'étude très riche de par son environnement normatif, la complexité inhérente à la dyarchie qui le caractérise (deux logiques professionnelles différentes, médicale et administrative) et une finalité qui n'est pas seulement économique, car aussi liée à la satisfaction du patient et à l'offre publique de soins (ces aspects étant interdépendants).

Les établissements de santé surtout ceux des pays en développement présentent un contexte de recherche particulier, leurs spécificités diffèrent des établissements des pays développés par leur organisation, leur mode de financement, leur mission de service public, leur histoire et leur culture.

Notre approche de recherche montre cependant des limites. Cette étude mérite d'être élargie à un échantillon plus important concernant les patients, mais aussi aux autres hôpitaux de même niveau dans le but de proposer un modèle de pilotage de performance des EPS. Ainsi, nos futures recherches devraient s'intéresser à l'élaboration d'une part, d'un modèle de performance dans les établissements publics de santé, et d'autre part à la conception d'un tableau de bord dans une démarche de recherche action au sein d'une unité de soin.

Bibliographie :

Annick Le Pogam, M ; Luangsay-Catelin, C et Notebaert, J.F. (2009). La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent. *Management & Avenir*, volume 5, n°25. P116-134.

Bachimont J ; Letourmy A. (2002). L'élaboration d'indicateurs de la performance hospitalière : quels enjeux pour les usagers ? (Commentaire). In: *Sciences sociales et santé*. Volume 20, n°2, pp. 105-115;

Balique, H. (2004). L'hôpital public en Afrique francophone. Quel système de santé ? *Med Trop* ; 64 : 545-551.

Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. PUF.

Bergeron, H. (2000). Les indicateurs de performance en contexte PME, quel modèle appliquer ? 21^{ème} Congrès de l'AFC, May, France. pp.CD-Rom. « hashs-00587425.

Bonvoisin, F ; Valli, B ; Tahon, C. (2008). Evaluation de la performance des quartiers opératoires : du modèle aux indicateurs. 7^{ème} conférence internationale de Modélisation et Simulation-MOSIM'08-Paris-France.

Cameron K.S. (1985). Effectiveness as paradox: consensus and conflict in conceptions of organizational effectiveness, *Management Science*, 32, 539-553.

Cameron, K.S. Whetten, E. (1983). Organizational effectiveness: one model or several? In : Cameron K.S., Whetten D.A., eds, *Organizational effectiveness: a comparison of multiple models*, San Diego, Académie Press, 1-20.

Chaabane. S ; Guinet A ; Smolski.N., Guiraud. M ; Luquet. B., Marcon. E ; Viale .J.P. (2003). La gestion industrielle et la gestion des blocs opératoires. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 22, 904-908

Champagne, F ; Contandriopoulos, A.P ; Touché, J.P ; Béland, F et Nguyen, H. (2005). Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS. Rapport réalisé dans le cadre du mandat accordé par le Conseil de la santé et du bien-être. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, Septembre.

Champagne, L et Guisset, A.L. (2003). The conceptualization of performance and review of international experiences in performance assessment. Consolidation of background papers to 1^{ère} Workshop on hospital performance measurement Barcelona, Spain, 10-11 January ; 2^{ème} Workshop on hospital performance measurement Barcelona, Spain, 21-22 March.

Champagne. F ; and Guisset A.L. 2005. *The assessment of hospital performance: collected background papers*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS), Montréal, Canada

De Pourville, G. (1996). Quelques aspects théoriques et pratiques sur la mesure de la performance hospitalière. Neuvièmes entretiens du centre Jacques Cartier, du 2 au 4 octobre, Montreal, Québec.

Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. How Can It Be Assessed? , *Journal Of American Medical Association*, n°260, Vol. 12, p. 1743 – 1748.

Fournier, P ; Haddad, S et Mantoura, P. (2000). Réformes des systèmes de santé dans les pays en voie de développement : l'irrésistible emprise des agences internationales et les dangers de la pensée unique In : *La santé au risque du marché : Incertitudes à l'aube du XXI^e siècle* [en ligne]. Genève : Graduate Institute Publications.

<<http://books.openedition.org/iheid/2523>>. ISBN : 9782940549702. DOI : 10.4000/books.iheid.2523.

Girault, A ; Minvielle, E. (2015). Performance et qualité des établissements de santé, In Béatrice Fermon et al., Performance et innovation dans les établissements de santé, Dunod « Guides Santé Social », p. 91-104.

Gobbers, D ; Pichard, E. (2000). L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest. Santé publique et pays pauvres, adsp n°30, mars 2000.

Grandjean, P. (2015). La performance, contenus et formes. in Béatrice Fermon *et al.*, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Dunod « Guides Santé Social », p. 9-30.

Grandjean. P. (2015). Outils et modèles de pilotage de la performance , in Béatrice Fermon *et al.*, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Dunod « Guides Santé Social », 2015 (), p. 31-66.

Gueye, M., Kopp, J. (2009) « Le contrat de performance hospitalière : l'expérience sénégalaise ». Santé publique. 2009/1 ; 21 : 77-87.

Guisset Ann-Lise, Sicotte Claude, Leclercq Pol, D'Hoore William. Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. In: Sciences sociales et santé. Volume 20, n°2, 2002. pp. 65-104.

Guisset, A.L ; Sicotte, C ; Leclercq, P et D'Hoore, W. (2002). Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hopitaux. In : Sciences sociales et santé. Volume 20, n°2, pp.65-104.

Heller, F.R. (2008). La performance hospitalière, Acta Clinta Belgica, 63 :2, 67-75.

Jacquemot,P.(2012). Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins », *Afrique contemporaine, volume 3* (n° 243), p. 95-97.

Kaddouamaï, S. (2013). Impact de l'implantation du système d'information comptable sur la pratique de gouvernance dans les centres hospitaliers publics africains. Recherche en Sciences de Gestion, n° 97, p.89-105.

Lombrail, P ; Naiditch, M ; Baubeau, D et Carlet, J. (1999). Les éléments de la « performance » hospitalière, les conditions d'une comparaison. Etudes et résultats, N°42, décembre.

Montalan, M.A ; Vincent, B. (2013). Un modèle d'évaluation de la performance multidimensionnelle d'une organisation hospitalière transversale. Management et Avenir, volume 3, N° 61, pp. 190-207.

Morin, E. M., A. Savoie., G. Beaudin. (1994). L'efficacité de l'organisation: Théories, représentations et mesures. Montréal: G. Morin, 158p.

Niang, C.I. (2008). Santé, société et politique. Livret vert du Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales.

Rapport Cabinet Performances Management Consulting. (2010). La santé en Afrique subsaharienne : Panorama, Problématique, Enjeux et Perspectives.

Sicotte, C ; Champagne, F ; Contandriopoulos, A.-P.(1998). A conceptual framework for analysis of health car organizations'performance. *Health Services Management Research*, 11, 1998, pp 24-48.

Veillard, J ; Champagne, F ; Klazinga, N ; Kazandjian. V ; Arah.O.A ; Guisset.A.L. (2005). A performance assessment framework for hospitals : the WHO regional office for

Europe PATH projetct. International journal for quality in health car ; Volume 17, Number
6 :pp. 487-496.