



**Université Senghor**

Université internationale de langue française  
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

# **L'impact du management sur la performance organisationnelle : cas des hôpitaux publics du Burkina Faso**

présenté par

**Basile KAFANDO**

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Administration Gestion

Spécialité « Gouvernance et Management Public »

Le 07 Avril 2009

Devant le jury composé de :

Daniel Bordeleau Président

Directrice Administration Gestion

Pascal GAREL Examineur

Directeur de la Fédération Européenne des hôpitaux

Pr Mohamed GAD Examineur

Institut de Recherche d'Alexandrie



## REMERCIEMENTS

Avant tout propos, j'exprime ma profonde gratitude à tous ceux qui m'ont aidé à l'accomplissement de ce travail.

Ma reconnaissance va d'abord à Monsieur Garel Pascal Professeur Associé à l'université Senghor et responsable du pôle Europe et International de la Fédération Hospitalière de France, qui m'a prodigué de précieux conseils et m'a donné le goût d'aller de l'avant.

A Madame la Directrice du Département Administration Gestion pour sa disponibilité et ses conseils.

A Monsieur le Ministre Burkinabé de la santé Seydou Bouda et ses collaborateurs, pour m'avoir autorisé à m'enrichir de la formation à l'université Senghor.

A ma famille qui m'appuie toujours, je formule ma reconnaissance.

A mes Amis KABORE Grégoire, DIASSO Evariste, OUEDRAOGO Robert, pour le soutien inestimable durant mon absence.

A mes collègues étudiants de l'Université Senghor, pour l'amitié et le partage.

## **DEDICACE**

A ma fille KAFANDO Grace et à mon épouse ILBOUDO Clémence

A ma famille

A Mes amis, dont l'amour et le soutien, ont permis de réaliser ce travail et lui ont donné un sens.

## RESUME

Alors que le management est de plus en plus considéré comme un levier de performance des organisations, les structures hospitalières du Burkina Faso sont toujours à la traîne quant à l'utilisation des bonnes pratiques de management. Cette étude est basée sur une recherche quantitative auprès de l'ensemble des centres hospitaliers régionaux du Burkina Faso. Ces neuf (09) structures se répartissent sur l'ensemble du pays avec le même plateau technique.

A travers cette étude, il s'agit de voir quel est l'impact du management sur la performance des hôpitaux du Burkina Faso. Plus spécifiquement, il s'agit d'établir un lien entre les déterminants du management (planification organisation, leadership, contrôle) et la performance des hôpitaux et de dégager parmi ces éléments ceux qui expliquent le mieux la performance des hôpitaux.

Pour cela, après une recherche documentaire, nous avons cerné les concepts de base et d'élaboration des variables indépendantes (Management, Planification, l'Organisation, Leadership contrôle) et dépendantes (performance mesurée à partir du taux de mortalité intra hospitalière, du taux d'autofinancement, du taux de rotation de lits). Ces données ont été collectées à partir d'un questionnaire adressé à un échantillon de neuf (09) hôpitaux repartis sur l'étendue du territoire. L'approche utilisée pour l'analyse des données a été essentiellement statistique.

Il ressort de cette analyse que notre hypothèse principale a été vérifiée. En effet, les résultats ont montré que le niveau de performance des organisations hospitalières était lié à leur niveau de management.

Parmi les facteurs du management, il ressort également que la performance est fonction de chacune de ces trois dimensions (planification, organisation, leadership) mais cela à des degrés divers, à l'exception du contrôle.

Il faut ainsi souligner que tout hôpital qui veut atteindre un fort niveau de performance doit conjuguer tous les quatre dimensions et non choisir de se spécialiser dans un seul des déterminants du management.

**Mot-clefs:** Management, Performance, Impact, Hospital, planification, organisation, leadership, contrôle

## ABSTRACT

While management is increasingly seen as a lever for organizational performance, the hospitals of Burkina Faso are still lagging behind in the use of good management practices. The study is based on quantitative research from the nine regional hospitals in Burkina Faso. The nine (09) structures are distributed throughout the country with the same level of equipment.

This study was aiming at understanding the impact of management on the performance of hospitals in Burkina Faso. More specifically, it was to identify a link between the determinants of management (planning organization, leadership, monitoring and evaluation) and performance of hospitals and identify those components, which explain better performance of hospitals.

After a literature search, we identified the basic concepts and the development of independent (Management, Planning, Organization, Leadership control) and dependent variables (performance measured by the intra-hospital mortality, rate self, the turnover rate of beds). The data were collected from a questionnaire sent to a sample of nine (09) hospitals spread over the territory. The approach used for data analysis was mainly statistical.

The analysis shows that our main hypothesis was verified. Indeed, results showed that the level of performance of surveyed hospitals was related to their level of management.

Among the factors of management, it is also clear that performance is a function of each of these three dimensions (planning, organization, leadership), but to varying degrees.

It should then be noted that any hospital that wants to achieve a high level of performance must combine all the four dimensions and not choose to specialize in one of the determinants of management.

Keywords: management, performance, impact, hospital, Planning,, organization, leadership, Monitoring

## **LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS UTILISES**

- CHN : Centre Hospitalier Nationaux
- CHR : Centre Hospitalier Régional
- CMA : Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
- CSLP : Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté.
- CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociales
- DEP : Direction des Etudes et de la Planification
- ECD : Equipe Cadre de District
- EFQM : European Foundation for Quality Management
- INSD : Institut National de la statistique et de la démographie
- OMD : Objectifs du millénaire pour le développement
- ONU : Organisation des Nations Unies
- RADAR : Résultats, Approche, Déploiement, Appréciation (évaluation) et Revue
- SWOT : Strengths Weaknesses Opportunities Threats
- TBP : Tableau de Bord prospectif

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	i
DEDICACE .....	ii
RESUME .....	iii
ABSTRACT.....	iv
ABSTRACT.....	iv
LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS UTILISES.....	v
LISTE DES ILLUSTRATIONS.....	viii
Liste des tables.....	viii
Liste des figures.....	viii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I.....	3
PROBLEMATIQUE.....	3
1.1    Etat de la situation sanitaire au Burkina Faso.....	4
1.1.1    Organisation du système de santé.....	4
1.1.2    Réforme du système de santé .....	5
1.2    Situation des hôpitaux dans le système de santé.....	6
1.3    Niveau de performance du système de santé .....	9
1.3.1    Faible performance générale .....	9
1.3.2    Hôpital et performance .....	9
1.4    Objectif de la recherche.....	12
1.4.1    Objectif principal.....	12
1.4.2    Objectifs secondaires .....	12
1.5    Hypothèses de recherches.....	12
1.5.1    Hypothèses principales .....	12
1.5.2    Hypothèses secondaires.....	12
CHAPITRE II.....	14
REVUE DE LA LITTERATURE.....	14
2.1.    Définition et historique de la performance .....	14
2.2.    La performance dans le secteur de la santé.....	18
2.3.    Les modèles de management de la performance.....	20
2.3.1.    Historique du management.....	20
2.3.2.    Le management de la performance .....	22
2.3.3.    Choix du modèle d'analyse.....	26
CHAPITRE III.....	29



METHODOLOGIE.....	29
3.1. Population cible et échantillonnage .....	29
3.2. Techniques de collectes .....	29
3.3. Justification du terrain d'étude .....	30
3.4. Variables et indicateurs .....	30
3.4.1. Variables dépendants .....	30
3.4.2. Variables indépendantes .....	31
3.4.3. Système de notation de la performance .....	33
3.5. Limites de la méthode .....	34
CHAPITRE IV .....	35
ANALYSE ET INTERPRETATIONS DES DONNEES .....	35
4.1. Caractéristique et analyse de l'échantillon .....	35
4.1.1. Analyse de l'échantillon .....	35
4.1.2. Le management et ses déterminants.....	36
4.2. Relation entre management et performance .....	40
4.2.1. Performance et planification .....	42
4.2.2. Performance et organisation.....	44
4.2.3. Performance et leadership.....	46
4.2.4. Performance et contrôle.....	47
4.3. Critiques et limites de l'étude.....	49
4.3.1. Critiques.....	49
4.3.2. Les limites.....	49
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....	50
5.1. Conclusions.....	50
5.2. Recommandations.....	50
5.2.1. Les pratiques de managements.....	50
5.2.2. Création d'une Agence Chargée de la performance hospitalière.....	52
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	53

# LISTE DES ILLUSTRATIONS

## Liste des tables

Tableau 1	: Tableau Analyse des problèmes des hôpitaux selon le SWOT .....	10
Tableau 2	: Liste des critères de performance selon Campbell (1977) .....	14
Tableau 3	: Liste de critères selon Welge et Fessman .....	15
Tableau 4	: critères de performance dans le secteur santé adapté par Galland et Fontaine .....	19
Tableau 5	: Liste des critères d'évaluation selon Malcolm National Quality Award .....	25
Tableau 6	: Critères et score retenue pour mesurer le système de management de la performance hospitalière .....	27
Tableau 7	: Indicateurs des variables management et performance .....	31
Tableau 8	: Indicateurs des variables performance et planification .....	31
Tableau 9	: Indicateurs des variables performance et organisation .....	32
Tableau 10	: Indicateurs des variables performance et leadership .....	32
Tableau 11	Indicateurs des variables performance et contrôle .....	33
Tableau 12	: Données générales relatives aux hôpitaux .....	35
Tableau 13	: Caractéristiques de l'échantillon selon le niveau de performance et de management .....	36
Tableau 14	: Caractéristiques de l'échantillon selon le degré de performance et de management .....	37

## Liste des figures

Figure 1	: Evolution des infrastructures sanitaires nationales .....	6
Figure 2	: Evolution du budget de Etat affecté à la santé .....	7
Figure 3	: Les parties prenantes dans l'hôpital .....	11
Figure 4	: Facteurs qui contribuent à la performance .....	11
Figure 5	: relations entre la variable explicative et dépendante .....	13
Figure 6	: Critères de Quinn et Rohrbough .....	16
Figure 7	: modèle de la performance selon Kaplan et Norton .....	17
Figure 8	: l'école du processus simplifié .....	22
Figure 9	: Modèle européen de la performance (EFQM) .....	24
Figure 10	: Le Malcolm Baldrige National Quality Award .....	25
Figure 11	: modèle théorique de l'étude .....	26
Figure 12	: Grille de notation des hôpitaux .....	33
Figure 13	: Niveau de management des CHR .....	37
Figure 14	: Paramètres du management .....	38
Figure 15	: Niveau de planification des CHR .....	38
Figure 16	: Niveau d'organisation des CHR .....	39

Figure 17	: Niveau de leadership des CHR.....	39
Figure 18	: Niveau de contrôle des CHR.....	40
Figure 19	: Relation entre degré de performance et de management .....	41
Figure 20	: Relation entre niveau de performance et de management.....	41
Figure 21	: Relation entre degré de performance et de planification .....	42
Figure 22	: Relation entre niveau de performance et de planification .....	42
Figure 23	: Relation Organisation et performance .....	44
Figure 24	: Relation entre niveau de performance et d'organisation.....	44
Figure 25	: Relation entre degré de performance et de leadership.....	46
Figure 26	: Relation entre le niveau de performance et de Leadership .....	46
Figure 27	: Relation entre degré de performance et de contrôle.....	48
Figure 28	: Relation entre le niveau de performance et de contrôle .....	48
Figure 29	: Nouvel organigramme de l'hôpital.....	51

## INTRODUCTION

Le recadrage récurrent des politiques de santé dans les pays en voie de développement semble recentrer l'hôpital dans le système de santé publique. Pour donner à l'hôpital le rôle qu'il doit jouer il convient de ne pas occulter les défis auxquelles le secteur hospitalier public est confronté. Au plan économique le financement du secteur de la santé constitue une crainte croissante pour les autorités sanitaires dans la mesure où la santé n'a pas de prix, mais un coût. Ce coût est de plus en plus difficile à supporter par les finances publiques des pays en voie de développement. La maîtrise des dépenses de santé devient un défi auquel les Etats doivent faire face. En outre il doivent au plan technologique répondre à ce défi sans cesse renouvelé des nouvelles technologie qui constituent un autre défi important pour le secteur hospitalier.

Hillary Clinton résumait bien le problème lorsqu'elle disait : « il faut réformer l'hôpital, pivot du système de santé, pour dégager des moyens pour les écoles, les transports publics et la santé publique ». Conscient de ces défis et du poids des hôpitaux sur le budget de la nation, l'ensemble des pays développés ont engagé depuis les années 1980 une série de reforme.

Au Burkina Faso les réformes ont concerné par exemple l'autonomisation de l'hôpital à travers l'élaboration de la loi portant érection des hôpitaux en établissements publics à caractère administratifs (EPA). Malgré ces réformes, la modernisation des hôpitaux reste inquiétante et se retrouve toujours dans les mêmes difficultés. Pascal C (2000) mentionne bien les déboires des hôpitaux quand il dit : « cloisonnement et segmentation trop forte des activités, hiérarchie trop lourde, manque de cohérence, dans les paramètres de l'organisation hospitalière, démotivation du personnel, fonction de production non optimales, problèmes de circulation d'informations<sup>1</sup> ». Ces difficultés semble montrer les contre performances du secteur hospitalier qui apparaît comme une organisation budgétivore, trop consommateur de ressources. L'enjeu qui se dessine pour l'hôpital est de trouver sa légitimité et cette recherche doit pouvoir correspondre avec les attentes des patients tout en intégrant les contraintes économiques et technologiques. La réponse à une telle interrogation exige de notre point de vue que l'on se positionne du coté du management.

Notre travail de recherche se situe dans la mouvance des travaux sur le management de la performance des organisations hospitalières qui tentent de montrer que l'amélioration de la qualité du management des hôpitaux peut contribuer significativement sur leurs résultats globaux.

Cette étude répond aussi à deux exigences .Nous avons voulu d'une part mettre en œuvre les outils académiques qui ont été mis a notre disposition tout au long de cette formation. D'autre part, cette œuvre est notre contribution à l'amélioration des résultats et de la qualité managériale dans les hôpitaux publics.

---

<sup>1</sup> Pascal C Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à une difficulté de faire ensemble, thèse de doctorat es sciences de gestion, université Jean Moulin Lyon III, janvier 2000,475 P

Pour ce faire, nous avons procédé à une recherche documentaire sur le terrain et à l'université Senghor, ce qui nous permis de cerner les problèmes réels des hôpitaux sur les questions de performance et de management. Notre démarche a consisté aussi à des entretiens avec neuf personnes ressources travaillant dans ce secteur. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire adressé à l'ensemble des responsables hospitaliers après avoir fait l'objet d'un pré-test.

La présente étude vise à répondre à la problématique suivante :

Quel est l'impact du management sur la performance organisationnelle? En vue de répondre à cette question notre étude s'articulera sur quatre parties :

- La première partie de cette étude sera consacrée à l'analyse de la situation des hôpitaux au Burkina Faso à travers la matrice SWOT.
- Ensuite nous nous pencherons sur l'émergence et l'évolution des concepts sur le management et la performance dans le but de produire notre modèle d'analyse.
- Pour parvenir à comparer les organisations sanitaires en termes de performance et de management, notre méthodologie sera exposée dans la troisième partie.
- Enfin la dernière partie sera consacrée l'analyse et aux interprétations des données de notre étude.

# CHAPITRE I

## PROBLEMATIQUE

La santé a toujours été au centre des préoccupations prioritaires dans tout programme de développement. Elle mobilise des ressources considérables, et fait l'objet d'une attention particulière de la part des médias, en témoigne tout le tapage médiatique autour des épidémies de grippe aviaires et autres maladies émergentes. Ceci démontre que la santé demeure un enjeu dans les relations internationales. D'ailleurs trois des huit objectifs du millénaire pour le développement (OMD) sont directement liés à la santé<sup>2</sup>. Ces faits tendraient à corroborer l'idée selon laquelle la santé reste un défi majeur dans les communautés humaines et demeure un intérêt croissant dans les relations multilatérales des pays. Ceci est d'autant plus vrai pour les pays en voie de développement qui ont bénéficié à la sortie de la deuxième guerre mondiale de l'amélioration spectaculaire du niveau de santé avec pour conséquence l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance. L'état de santé du monde a fait des progrès mais l'écart s'est accentué entre les pays riches et pays pauvres.

Au Burkina Faso, l'impact et la fréquence de l'épidémie de méningite ont montré les limites des politiques inadaptées. Hausse de la mortalité, fragilité budgétaire, non maîtrise des dépenses de santé, tel est le constat qui s'affiche. La santé apparaît alors comme un domaine d'intervention prioritaire dans les politiques publiques. La non prise en compte de cette dimension peut conduire à des conséquences catastrophiques.

En outre les contraintes économiques ont fait prendre conscience que le financement de la santé pèse sur les finances publiques, qu'elle est un phénomène global qui affecte tous les aspects du développement et que par conséquent santé et développement sont indissociables. Dans une telle perspective, il nous semble pertinent d'aborder la problématique du développement sanitaire sous un angle multisectoriel.

Au plan économique le Burkina Faso est l'un des pays les moins avancés du monde. 46%<sup>3</sup> de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté. Le PIB par habitant est aussi très faible et estimé à 220 dollars<sup>4</sup> par an. La croissance économique est tributaire de l'agriculture et de l'élevage qui restent rudimentaires. Le niveau très faible de l'économie a une influence très importante sur l'état de santé. Le revenu des ménages en général et des femmes en particulier est très bas et limite leur accès aux soins de santé, à l'eau potable et à l'assainissement. Cette situation fragilise les systèmes de protections sociales qui ne concernent en général que les travailleurs du secteur formel.

L'éducation est aussi sans conteste un élément qui participe à l'amélioration de l'état de santé. En effet le taux de scolarisation est estimé à 72,5% dont 67,9%<sup>5</sup> pour les femmes. Le faible niveau d'instruction

---

<sup>2</sup> Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)

<sup>3</sup> Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 1996 (RGPH, 96)

<sup>4</sup> Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, 2000(CSLP)

<sup>5</sup> Institut National de la Statistique et de la démographie, 2008

de la population et les pesanteurs socioculturelles diminuent l'impact des activités de sensibilisations pour l'acquisition d'attitude positive en faveur de la santé.

Le Burkina Faso est l'un des pays les plus peuplés de l'Afrique de l'ouest (14 017 262)<sup>6</sup>, le taux d'accroissement de la population est d'ailleurs estimé à 4,2 (INSD,2008). Cette forte croissance démographique est aussi la résultante d'un taux de fécondité relativement élevé. L'espérance de vie à la naissance est de 53,8<sup>6</sup> ans. Les facteurs démographiques sont des enjeux majeurs pour la santé. Les mouvements de populations sont des facteurs et vecteurs de maladies transmissibles telles que SIDA et autres maladies endémiques. Un tel niveau de développement a un impact sur l'état sanitaire du Pays.

## 1.1 Etat de la situation sanitaire au Burkina Faso

La situation sanitaire est fortement marquée par un taux de mortalité et de morbidité très élevé, de l'ordre de 12,3%<sup>6</sup> pour la mortalité générale et de 5,8<sup>6</sup> % pour la morbidité. Le taux très élevé est dû principalement aux endo-épidémies locales et aux affections chroniques non transmissibles. Le taux de prévalence du VIH était fin 2007 de 1,8<sup>6</sup> dans la population générale ; il était de 5%<sup>6</sup> chez les femmes enceintes. On observe aussi la persistance de certaines épidémies de proportions variables dues aux maladies telles la rougeole, la méningite cérébro-spinale et le cholera. Les endémies majeures sont la tuberculose qui émerge en association avec le SIDA, la lèpre et la poliomyélite. Quant à la mortalité elle est affectée par le taux de mortalité infantile et maternelle qui sont les causes directes du seuil élevé de la mortalité en général. Pour faire face à une telle situation très alarmante, le système de santé a fait l'objet de réforme dont l'objectif était de mieux l'organiser.

### 1.1.1 Organisation du système de santé

Les structures publiques de soins sont organisées selon trois niveaux qui se répartissent entre les soins primaires, secondaires et tertiaires :

Le premier niveau est constitué par les districts sanitaires qui comprennent deux échelons : les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) constitue la structure de base du système de santé et le centre médical avec antenne chirurgicales (CMA) qui sert de référence aux CSPS.

Le deuxième niveau est représenté par le centre hospitalier régional (CHR) qui sert de référence et de recours aux CMA.

Le troisième niveau est constitué par le Centre Hospitalier National (CHN) qui est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Il sert également de cadre de formation des différentes catégories de personnels et de recherche. Ces réformes organisationnelles se sont

accompagnées d'une réforme en profondeur du système de santé pour intégrer les aspects institutionnels, infrastructurelle et matériels.

### 1.1.2 Réforme du système de santé

Le Burkina Faso a connu plusieurs réformes du système de santé. Ces réformes du système de santé, débutées depuis 1978, ont connu une accélération à partir des années 1990. Elles ont concerné notamment les domaines institutionnels, ceux des soins de santé et de la réforme des hôpitaux.

Sur le plan institutionnel la création des districts sanitaires est l'une des mutations les plus importantes dans le secteur de la santé. Ainsi, la carte sanitaire organise le pays en 63<sup>7</sup> districts sanitaires administrés chacun par une Equipe Cadre de District (ECD), chargée de la gestion, des prestations des soins cliniques et de la recherche en santé. Dans le processus de décentralisation du système de santé, il apparaît de nombreux défis à relever au niveau des districts au nombre desquels on peut citer : le renforcement de la planification opérationnelle et du système d'information sanitaire, l'intégration des programmes verticaux, le développement des capacités de gestion, le renforcement des infrastructures, le développement approprié de la couverture sanitaire dans les districts urbains, l'engagement communautaire, l'assurance qualité des soins, etc.

Au niveau des activités de soins, les mutations ont touché aussi la réforme hospitalière. L'objectif de la réforme était de rendre ce secteur plus performant. Elle consistait essentiellement à l'élaboration et à la promulgation de la loi hospitalière, à l'autonomisation des hôpitaux publics, à la publication de la charte des patients. La réforme a également pour objectif de donner au secteur hospitalier un souffle nouveau pour contribuer de façon significative aux soins de santé primaires.

La mise en œuvre de la réforme ne pouvait se passer sans la mise à la disposition de ressources adéquates. Ces ressources de la santé concernaient la construction des infrastructures, le recrutement de personnel de santé, la mise à disposition de ressources matérielles et financières.

Au niveau des infrastructures, le Burkina Faso comptait en décembre 2007 trois (03) CHU, neuf (09) CHR, vingt-cinq (25) CMA, quarante quatre (44) CM, sept cent cinquante neuf (759) CSPS ainsi que cent trente (130) dispensaires et vingt une (21)<sup>7</sup> maternités isolées qui doivent être normalisés en CSPS. D'une manière générale, la couverture en infrastructures sanitaires se caractérise par son insuffisance et une inégalité dans la répartition des formations sanitaires selon les régions par rapport aux normes définies. Le rayon moyen d'action des formations sanitaires de base (CSPS, dispensaires et maternités confondus) était de 9,69 km<sup>7</sup>.

Quant aux ressources humaines, les effectifs disponibles en personnel du secteur sanitaire public ne couvrent pas les besoins du pays. En plus, il y a une disparité notoire dans la répartition du personnel entre d'une part, les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso, et d'autre part, le reste du pays. Ces deux villes regroupent à elles seules 53,7 % des médecins, 57,3% des sages-femmes, 59%<sup>7</sup> des

---

<sup>7</sup> Annuaire statistique sanitaire, 2007



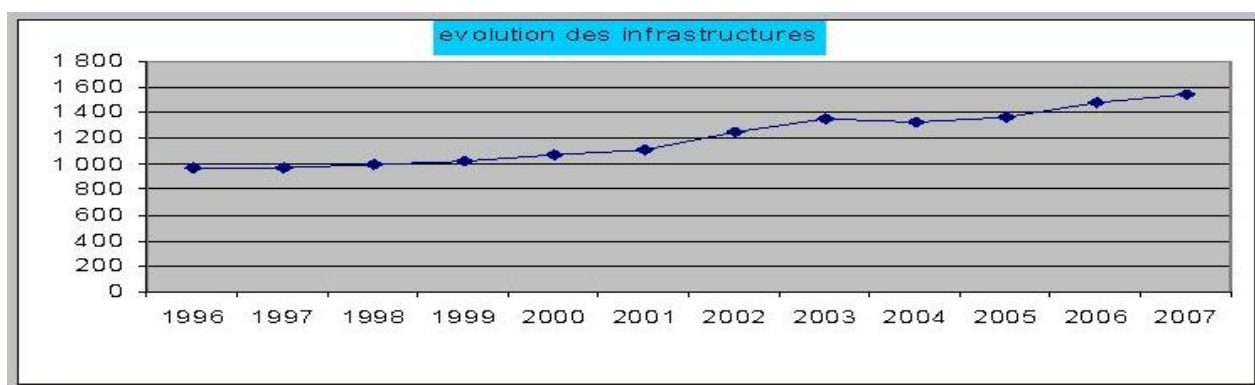
pharmaciens et 33%<sup>8</sup> des infirmiers toutes catégories confondues, alors qu'elles n'abritent qu'environ 10%<sup>8</sup> de la population du pays.

La dotation en équipement a permis d'augmenter l'offre de soins. Au niveau des formations sanitaires périphériques, les équipements prévus par le document des normes sont assez exhaustifs du point de vue de leur nature et de leur qualité et sont suffisamment respectées, ce qui devrait leur permettre d'offrir le paquet minimum d'activités. Par contre, les CHR et les CHN sont sous-équipés.

## 1.2 Situation des hôpitaux dans le système de santé

La persistance de la pauvreté constitue l'une des discriminations du monde actuel. La lutte contre ce fléau est devenue un objectif commun et l'un des plus grands défis de notre époque. Pour aboutir à une réduction significative de la pauvreté, la communauté internationale, sous l'égide de l'Organisation des Nations Unies (ONU), s'est fixée pour ambition, lors du Sommet du Millénaire en septembre 2000, d'atteindre en 2015 les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). La réduction de la pauvreté et de la misère dans le monde est devenue une préoccupation pour les instances internationales. Pour soutenir les pays en voie de développement, qui sont dans cette situation, une aide est destinée au financement des économies des pays en voies de développement à travers l'appui au développement. Le Burkina Faso est l'un des pays dans lesquels cette aide constitue un apport important dans le financement des programmes et projets de développement en général et du secteur de la santé en particulier. La contribution de la communauté internationale n'est donc pas négligeable. En vue donc d'améliorer la performance du système de santé, le secteur de la santé du Burkina Faso a bénéficié du financement de l'Etat et des bailleurs de fonds extérieurs. Le financement du système de santé a permis la réalisation d'infrastructures sanitaires et cet appui a considérablement affecté l'offre des services de santé ; en témoigne l'évolution des infrastructures sanitaires de 1996 en 2007. Comme l'illustre la figure (1) ci-dessous :

Figure 1 Evolution des infrastructures sanitaires nationales



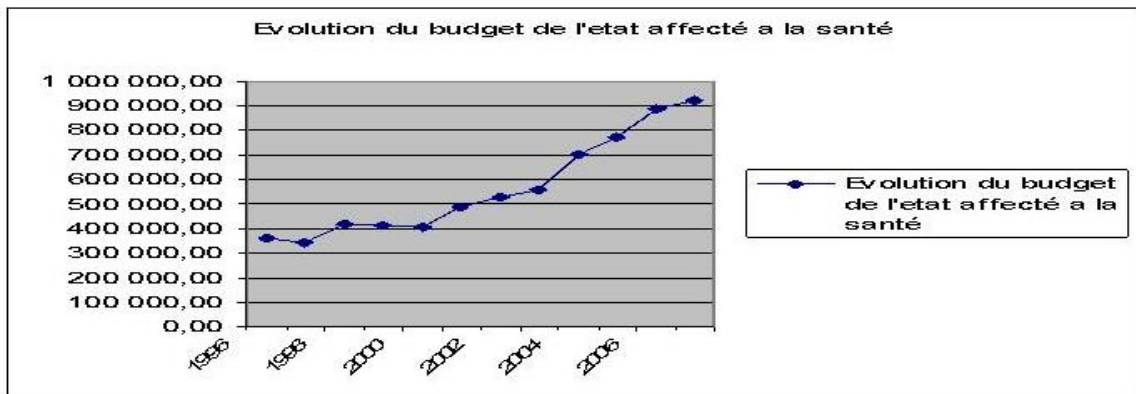
Source rapport DEP/santé Mars 2007

<sup>8</sup> Annuaire statistique, 2007

D'une manière générale, la couverture en infrastructures (maternités, dispensaires etc.) se caractérise par une légère augmentation même si elle reste en deçà des attentes. Le rayon moyen d'action est passé de 9,98 à 7,68<sup>9</sup> km en 2007 traduisant une réduction de la distance parcourue par les populations pour atteindre une formation sanitaire.

Au même moment la part du budget de l'état affectée à la santé comme l'illustre le tableau ci-après a considérablement évolué expliquant la volonté des autorités politiques à rendre le système de santé plus accessible à la communauté.

Figure 2 Evolution du budget de Etat affecté à la santé



Source : rapport 2007 DEP/Santé

Les ressources humaines en santé se sont accrues augmentant progressivement la capacité des formations sanitaires à répondre à la demande de soins. Le secteur hospitalier occupe une place importante dans le système de santé. La place de l'hôpital se justifie à plusieurs titres.

D'après des données de l'annuaire statistique 2007 de la DEP/Santé, l'hôpital du Burkina Faso absorbe 40%<sup>9</sup> du budget de l'état affecté à la santé, 30%<sup>9</sup> des ressources humaines et 60%<sup>9</sup> des ressources matérielles et équipements. Les hôpitaux mobilisent des ressources considérables dans le système de santé. Une large part des ressources publiques est consacrée aux hôpitaux. Aussi l'hôpital joue un rôle systémique dans les régions du pays où il est implanté. Sur le plan économique, l'hôpital est souvent le premier employeur<sup>10</sup>, il contribue d'une façon ou d'une autre à résoudre le problème du chômage. En plus, l'hôpital dans le cadre de l'approvisionnement en équipements et consommables est un client de premier ordre avec les fournisseurs de biens et services. Ces différentes fonctions font du secteur hospitalier, des organisations au service du développement local des régions.

Roodenbeke .E (2006) dans une contribution au débat sur le rôle de l'hôpital identifie trois points essentiels sur lesquels les autorités sanitaires doivent se baser pour donner à l'hôpital le rôle qu'il mérite.

<sup>9</sup> Annuaire Statistique, 2007

<sup>10</sup> Entretien avec un directeur d'un hôpital périphérique du Burkina Faso sur l'hôpital dans le système de santé

D'abord l'hôpital joue un rôle inévitable pour la formation des professionnels de santé. Le dysfonctionnement des hôpitaux et les carences des dispositifs de formation remettent en cause ce rôle. Pourtant il n'y a pas d'autre alternative pour permettre aux agents de santé d'apprendre leur métier dans un contexte professionnel réel. Ce statut de lieu de prédilection pour la formation des futurs cliniciens est inévitable. Les établissements de santé restent dans ces conditions un maillon important de la chaîne du système de santé.

Ensuite, il demeure aussi un lieu de prise en charge pour certaines pathologies ou les services périphériques ne peuvent y faire face. La prise en charge des maladies telles que le SIDA et le traitement des anti-rétroviraux exigent un système de recours croissant au dispositif hospitalier. Certains types de maladies en pleine croissance demandent une réponse qui dépasse les moyens des dispensaires périphériques de premier niveau.

En outre, dans l'optique où les structures hospitalières s'inscrivent dans les priorités nationales, il est pertinent de rechercher les modalités d'une efficience améliorée plutôt que de l'ignorer en se consacrant uniquement aux politiques en faveur des soins de santé primaire. Le système de santé est un tout et les hôpitaux doivent jouer pleinement leur partition en vue de participer à la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement.

Les débats qui ont opposé au cours des trois dernières décennies les soins de santé primaires aux hôpitaux n'ont plus raison d'être. Les difficultés rencontrées dans la promotion des soins de santé primaires comme le manque d'efficacité des hôpitaux, résultent en partie de cette distinction. Il en est de même de l'opposition entre hôpitaux périphériques et centraux.

Cependant, on reproche à l'hôpital aussi de coûter très cher et de monopoliser une grande part des ressources publiques sans pour autant contribuer beaucoup aux atteintes des objectifs prioritaires de la politique sanitaire.

Le gouvernement du Burkina Faso a donc entrepris plusieurs réformes en vue de rendre le système hospitalier plus performant. Ces réformes consistaient en une série de mesures à caractère organisationnel, managérial et financier susceptible de rendre le secteur hospitalier plus compétitif. Les réformes concernaient:

- L'élaboration et la publication de la loi hospitalière et les décrets et arrêtés d'application qui y sont associés ;
- L'autonomisation de l'hôpital en vue de responsabiliser les acteurs à la base ;
- La modernisation des hôpitaux à travers la construction et la réfection des bâtiments ;
- Le financement du secteur hospitalier.

L'un des changements considérables a été le passage d'établissement public à caractère administratif (EPA) à un établissement public de santé (EPS). Ce changement de statut est une évolution majeure dans la mission de l'hôpital qui 'était systématiquement classé au même titre que les autres établissements publics.

### 1.3 Niveau de performance du système de santé

#### 1.3.1 *Faible performance générale*

Malgré ces énormes réformes en faveur du secteur de la santé en général et de l'hôpital en particulier, les performances du système de santé au Burkina Faso demeurent relativement faibles. En effet selon l'OMS, le Burkina Faso occupe le 162ème rang en termes d'état de santé parmi les 191<sup>11</sup> Etats qui ont fait l'objet du classement. L'espérance de vie à la naissance est de 53,8 ans tandis que la mortalité générale et maternelle est respectivement de 15,2 pour 1000 et 484 pour 100 000<sup>11</sup> naissances vivantes. Les causes de mortalité chez les enfants restent dominées par le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition et la paupérisation grandissante. On constate par ailleurs une faible fréquentation des structures de santé aussi bien pour les soins curatifs que préventifs. Même si elles ne sont pas les principales causes directes de mortalité chez les enfants, les maladies évitables par une bonne prise en charge dans une structure de santé sont à la base de nombreux décès infantiles et maternels. Ces contre-performances au niveau du système de santé en général se manifestent aussi sur l'ensemble des structures en charge de la santé et l'hôpital n'est pas en reste.

#### 1.3.2 *Hôpital et performance*

Face à tous ces problèmes, l'hôpital est interpellé aujourd'hui sur de nombreux points concernant sa performance. Parmi ces points, on peut citer le malaise général des hôpitaux compte tenu des évolutions majeures de l'environnement national et international qui ont des conséquences énormes pour le secteur hospitalier. Sur le plan technologique, il absorbe des budgets colossaux et sur le plan national, le rôle de l'hôpital est de plus en plus engagé dans les objectifs du millénaire pour le développement.

Pourtant le secteur hospitalier présente plusieurs défaillances structurelles. Les responsables du secteur n'ont cessé de le proclamer. Lors de l'assemblée générale des sociétés<sup>12</sup> d'état tenue en Mars 2007, le premier ministre du Burkina Faso a officiellement donné des instructions afin que certains présidents de conseil d'administration soient révoqués pour manquements à la tenue de sessions statutaires. Ces faits anodins viennent ajouter à la situation déjà très chaotique et sont des signes majeurs du contexte dans lequel les hôpitaux publics sont. L'hôpital est aussi le théâtre de grèves et de revendications incessantes, qui affectent son fonctionnement ; toute chose qui contribue à rendre le contexte plus austère.

Plusieurs sources mentionnent les déconvenues de l'hôpital public. Il s'agit des sources officielles notamment le rapport 2004 commandité par la direction générale des hôpitaux, relatif à l'évaluation des hôpitaux et des faits relatés par le journal « Le pays » à propos des plaintes de patients sur le mauvais

---

<sup>11</sup> Rapport OMS, 2000

<sup>12</sup> Assemblée Générale des Sociétés d'Etat, instance National d'évaluation des Etablissements publics qui se tient chaque année sous la présidence du premier ministre du Burkina Faso

accueil en milieu hospitalier ce qui vient confirmer que la situation des hôpitaux est très alarmante. Ces problèmes peuvent être étudiés selon la matrice d'analyse de SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) en vue de dégager les opportunités et les menaces :

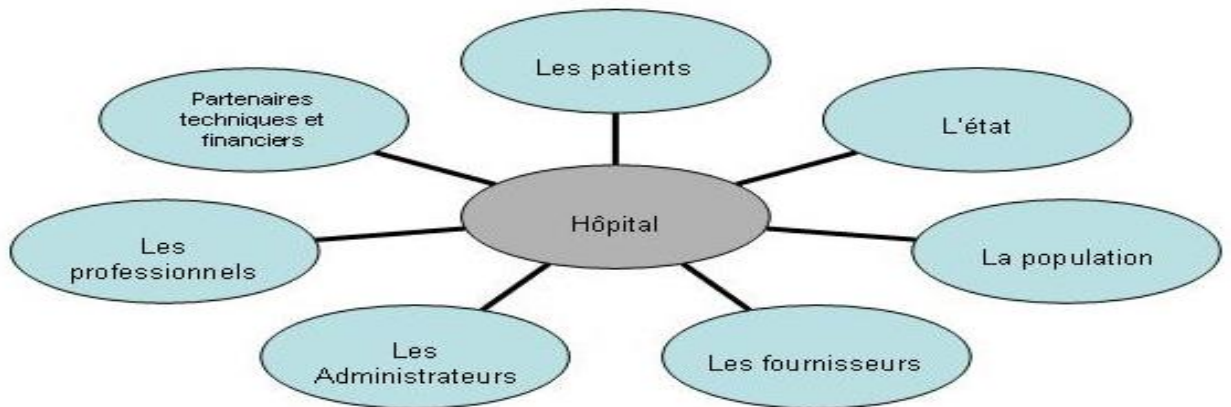
Tableau 1 : Tableau Analyse des problèmes des hôpitaux selon le SWOT

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Priorité du gouvernement du B F</li> <li>- Ressources humaines disponibles</li> <li>- Nouvelles technologies de l'information et de la communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Système d'informations sanitaires inefficaces</li> <li>- Absence d'une bonne planification</li> <li>- La faiblesse des plateaux techniques</li> <li>- Formation inadaptée des Directeurs d'hôpitaux.</li> <li>- Inexistence d'un plan comptable pour les hôpitaux.</li> <li>- Absence de tableaux bord</li> <li>- Absence d'un système de motivation du personnel</li> <li>- Absence d'étude de satisfaction des patients.</li> <li>- La non maîtrise des coûts.</li> <li>- Absence d'un plan de formation du personnel</li> <li>- La non tenue régulière de conseil d'administration</li> <li>- Grève syndicale fréquente</li> <li>- Mauvais accueil des patients</li> <li>- Le délai d'attente très long des patients</li> </ul>
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Priorité des bailleurs de fonds et des partenaires technique</li> <li>- Priorité du gouvernement</li> <li>- Relative stabilité politique</li> <li>- Les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epidémies de méningite, de rougeole etc.</li> <li>- Evolution technologique.</li> <li>- La corruption</li> <li>- La pauvreté</li> <li>- L'inflation économique et crise financière</li> <li>- L'évolution des dépenses de santé</li> </ul>

Source rapport d'évaluation DGTPSP,2004

Face à ces multiples problèmes que les hôpitaux publics rencontrent, on est en droit de se poser la question : quels sont les facteurs qui expliquent la contre performance des hôpitaux ? Une telle réponse exige qu'on s'interroge sur les forces en présence à l'hôpital. L'hôpital public est au carrefour de plusieurs acteurs que l'on peut illustrer par le schéma ci-dessous :

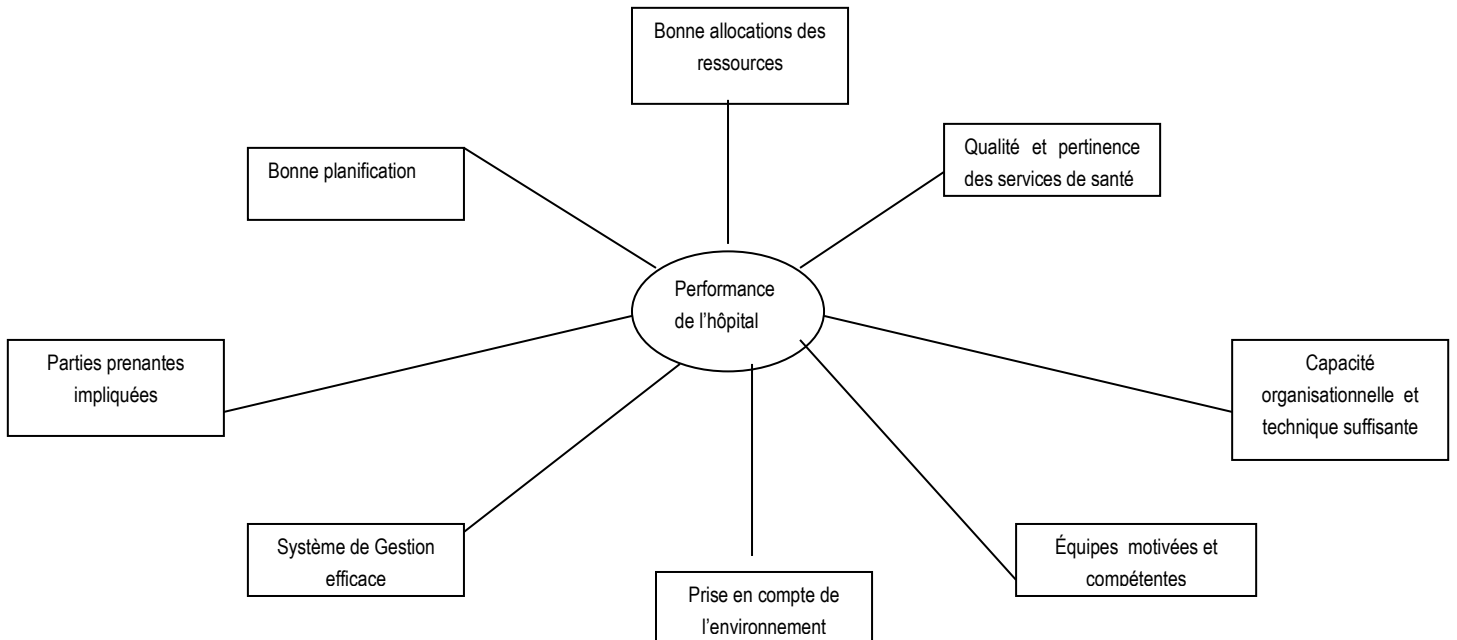
Figure 3 : Les parties prenantes dans l'hôpital



Source : l'auteur

Au regard des forces en présence, on se rend bien compte que l'hôpital public est un enjeu important parce qu'il mobilise tous les acteurs de la société. Le questionnement relatif à sa performance ne peut être envisagé dans une perspective simpliste mais en prenant en compte la réalité même de l'hôpital en tant que système et centre de coalition de force qui participent à sa performance. Envisager de rendre performant l'hôpital, c'est aussi se poser la question des facteurs ou leviers qui conditionnent cette performance. Dans le contexte de nos organisations publiques, plusieurs facteurs sont à l'origine de la performance des hôpitaux. Ces facteurs peuvent être illustrés à travers le schéma suivant.

Figure 4 : Facteurs qui contribuent à la performance



Source : Auteur inspiré des lectures

Au regard des facteurs cités ci-dessus, nous pensons qu'il est pertinent d'aborder la problématique de la performance hospitalière dans une perspective managériale et de gouvernance.

Même si l'expérience de la réforme hospitalière a positivement remis en cause la pratique du management, il n'en demeure pas moins qu'il reste une fonction importante de la performance des établissements hospitaliers. Au regard des facteurs cités ci-dessus dans le contexte du Burkina Faso on est en droit alors de se poser la question suivante : quels sont les facteurs qui expliquent la performance des hôpitaux ?

#### 1.4 Objectif de la recherche

##### 1.4.1 *Objectif général*

Notre étude vise à mieux comprendre la contribution du management à la performance des organisations hospitalières

##### 1.4.2 *Objectifs spécifiques*

- Mesurer les résultats des hôpitaux.
- Evaluer le degré de planification de ces organisations
- Apprécier leur organisation.
- Mesurer l'impact du leadership dans l'atteinte des objectifs
- Evaluer le rôle du contrôle dans l'atteinte des objectifs.

#### 1.5 Hypothèses de recherches

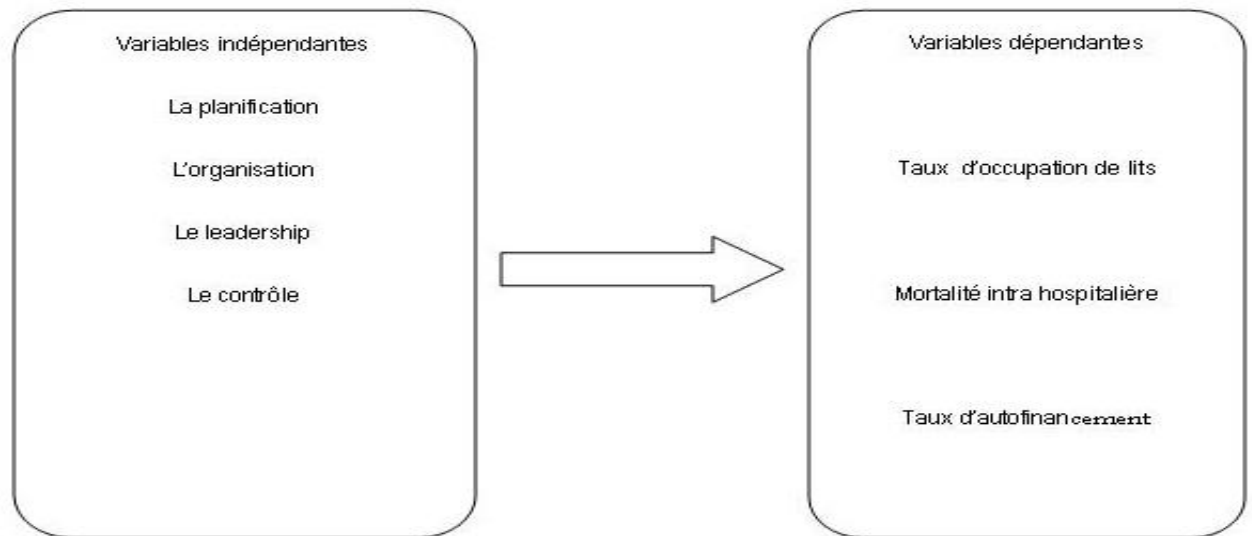
##### 1.5.1 *Hypothèses principales*

Nous émettons l'hypothèse selon laquelle le management serait la condition de la performance des hôpitaux.

##### 1.5.2 *Hypothèses secondaires*

- Une bonne planification contribue à la performance des hôpitaux.
- L'organisation participe à l'atteinte des objectifs du système hospitalier.
- Le leadership influence positivement l'efficacité des hôpitaux.
- L'évaluation des hôpitaux est garante de la performance.

Figure 5 : relations entre la variable explicative et dépendante



Source : l'auteur à partir des hypothèses

Pour répondre à notre hypothèse principale qui est de montrer que le management détermine la performance, il est important d'explorer quelques réflexions qui ont alimenté les débats autour de la problématique du management et de la performance.



## CHAPITRE II

### REVUE DE LA LITTERATURE

#### 2.1. Définition et historique de la performance

La performance a toujours été au cœur de la problématique organisationnelle et reste de nos jours une préoccupation majeure des entreprises. Selon Shérif Delaware de l'Institut du Monde Arabe, elle est la raison d'être de nos organisations. Pourtant toutes les entreprises ne se portent pas régulièrement bien. Ou ce sont les actionnaires qui se plaignent, ou ce sont les clients qui veulent plus de qualité ou plus encore le personnel qui grogne, donnant la preuve que certains malaises dans nos entreprises ne sont pas toujours bien acceptés et compris. C'est pourquoi de plus en plus, les entreprises qu'elles soient privées ou publiques recherchent des outils susceptibles d'aider à apporter un changement et un regard global sur leur fonctionnement en vue de satisfaire toutes les parties prenantes dans l'organisation. La réponse à une telle perspective pose déjà un problème de consensus sur les critères de performance dans la mesure où le client par exemple n'a pas la même perception de la performance organisationnelle que l'actionnaire, encore moins que le personnel de l'entreprise. C'est ce qui fait dire à Lorino (1998) que le « concept est ambigu et polysémique. Néanmoins le concept a fait l'objet de réflexions, d'études et de recherches. L'histoire du concept est parsemée de débats et discussions, de questionnements qui ont considérablement apporté des éclairages et approfondissements même s'ils n'ont pas encore épuisé tout son sens.

Déjà en 1977, Campbell, considère que la performance passe à travers la fixation de critères quantitatifs et /ou qualitatifs. Il présente alors une trentaine de critères en vue d'évaluer la performance d'une organisation. Cité par Chaabouni (1992). L'apport peut se résumer comme suit :

Tableau 2 : Liste des critères de performance selon Campbell (1977)

Efficacité	Aptitude de management	Ethique
Efficience	information management et communication	Conflits /cohésion
Qualité	Evaluation par entités externes	Planification et établissement des projets
croissance	Participations et influence des actionnaires	Intériorisation des objectifs de l'organisation
Turn over	Accomplissement	Aptitudes relationnelles du management
Motivation	Productivité	Readiness
Contrôle	Profit	Utilisation de l'environnement
Flexibilité	Accidents	Stabilité
Consensus sur les objectifs	Absentéisme	Valeur des ressources humaines
Congruence entre rôles et normes	Satisfaction au travail	Importance accordée a la formation

Source : Chaabouni (1992)

Cette liste de critères dévoile les contours et la non exhaustivité de la performance parce qu'elle ne prend pas en compte tous les critères. Cependant cet apport a eu le mérite de recueillir des informations et des connaissances sur le sujet et de jeter les bases pour des travaux ultérieurs.

Par la suite, en 1980, Welge et Fessmann, sur la base de 48 études, dont 28 empiriques, 16 théoriques et 4 fondées sur l'exploitation des données secondaires, ont essayé de montrer l'importance accordée aux critères humains. La liste de Welge et Fessman porte sur 22 critères dont 12 traitent des facteurs sociaux et humains alors que 7 sont liés à des facteurs économiques. Le tableau ci-dessous fait l'état de l'ensemble des critères ainsi que leur fréquence.

Tableau 3 : Liste de critères selon Welge et Fessman

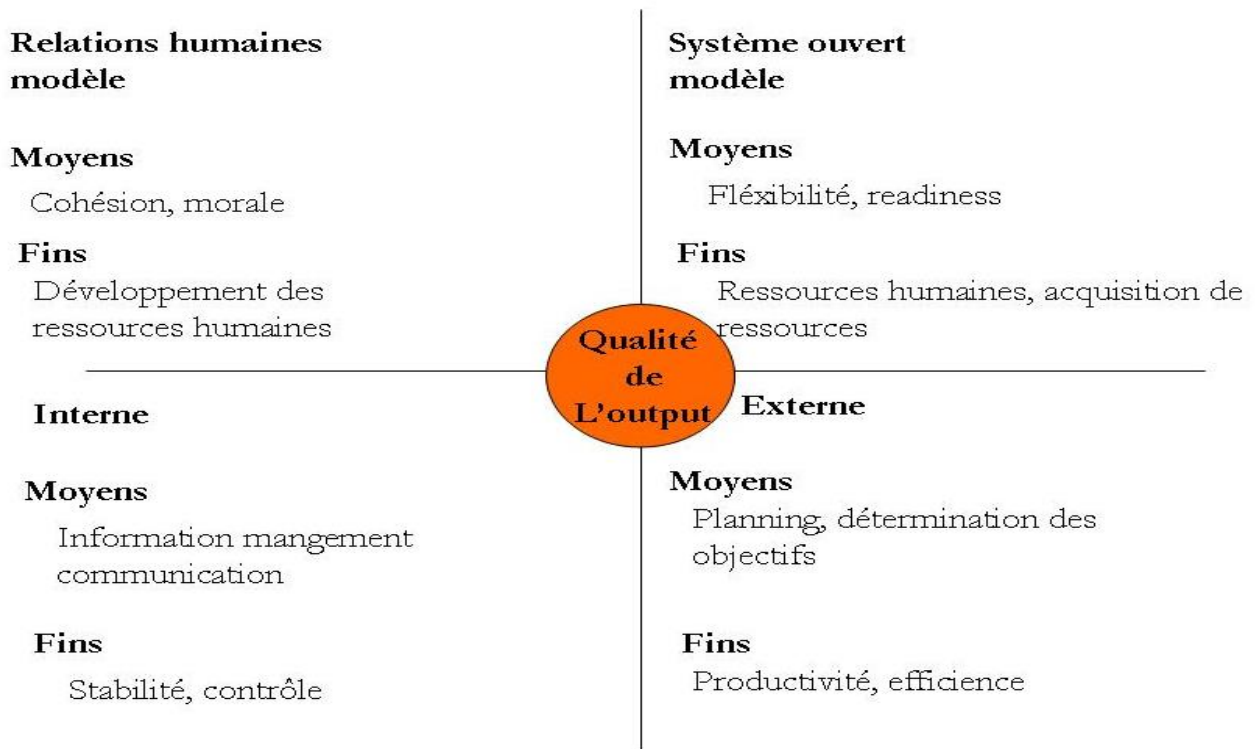
Critères	Fréquence	Critères	Fréquence
productivité	15	importance et qualité du management	8
flexibilité	19	approvisionnement et utilisation efficace des ressources	8
fluctuation	16	cohésion du groupe	8
profit	16	coopération	8
chiffre d'affaires/quantités	15	communication	7
absentéisme	14	motivation	6
évitement de conflits	12	valeur de l'entreprise pour la société	6
satisfaction au travail	12	réalisation des objectifs	6
qualité	11		
-coûts/économie de coûts	10		
croissance/taux de croissance	9		
satisfaction des collaborateurs	9		

Source : Chaabouni (1992)

A la suite des travaux de Campbell, Quinn et Rohrbough cite par Chaabouni au vu de la multitude des critères, vont procéder à une épuration des critères dont l'objectif est d'éliminer certains et d'évaluer leur similitude en vue d'éviter les chevauchements. A l'issue de leur travail, ils ont identifié trois dimensions de la performance organisationnelle :

- L'intérêt organisationnel qui fluctue entre deux extrêmes allant de l'importance micro interne axée sur le bien être et le développement des individus dans une organisation et à l'importance macro externe centrée sur le bien être et le développement de l'organisation elle-même ;
- Les propriétés structurelles allant de l'intérêt porté à la stabilité à celui porté à la flexibilité ;
- Les moyens et les fins varient aussi entre extrêmes allant de l'importance accordée au procès (planification et définition d'objectifs) et l'importance accordée à la productivité.

Figure 6 : Critères de Quinn et Rohrbaugh



### Le modèle spacial de Quinn/Rohrbaugh

Source : Chaabouni (1992)

Le prix de l'excellence de Thomas J. Peters et Robert H. Watermann, publié en anglais en 1982 et en français en 1983, compte parmi les succès de librairie traitant de la performance. Le sous-titre « Les secrets des meilleures entreprises » exprime bien le message des auteurs. Ces auteurs présentent un modèle d'organisation performante comprenant huit pratiques de bonne gestion observées dans les organisations qui excellentes.

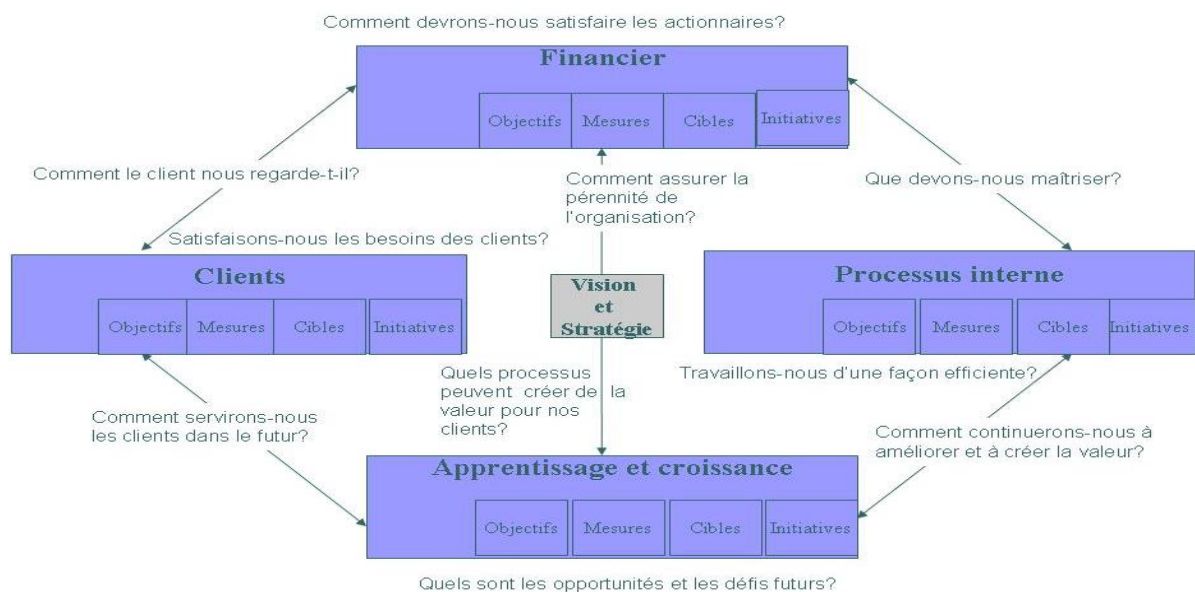
- Avoir un parti pris pour l'action, agir avant tout, pour faire quelque chose, n'importe quoi plutôt que d'être paralysé par l'analyse et les rapports de comités ;
- Rester à l'écoute du client, apprendre à connaître les préférences des clients et à les satisfaire.
- Viser l'autonomie et l'esprit d'entreprise, diviser l'entreprise en compagnies ou petits groupes et les mettre en compétition pour les inciter à agir de façon autonome ;
- Assurer la productivité par la motivation des personnes, rendre conscients tous les employés que le fait de fournir le meilleur d'eux-mêmes est essentiel au succès de la compagnie et qu'ils vont partager les récompenses liées à ce succès ;
- Adopter une gestion inspirée et s'articulant autour d'une ou de quelques valeurs clés, les dirigeants sont en harmonie avec la philosophie fondamentale de l'entreprise;
- S'en tenir à ce que l'entreprise sait faire, à ce qu'elle connaît le mieux, privilégier une structure simple et légère, peu de niveau hiérarchique et peu de personnes au sommet stratégique de l'entreprise ;

- Allier souplesse et rigueur, favoriser un climat de travail qui concilie l'engagement des personnes pour les valeurs fondamentales de l'entreprise et l'autonomie pour celles qui acceptent de travailler en fonction de ces valeurs.

Les auteurs fondent sur ces huit pratiques, un modèle universel d'organisation et de gestion qui selon eux offre les moyens indispensables pour atteindre le succès dans un contexte fortement concurrentiel de la libre entreprise. Cependant bien, que cette approche offre de meilleures conclusions sur le comment faire pour atteindre un niveau de performance élevé, il n'en demeure pas moins que la performance reste un concept relatif dans la mesure ou l'extrapolation et l'universalisation de leurs conclusions peuvent se heurter à la réalité contextuelle.

Pendant que les efforts de conceptualisation à propos de la performance progressent, l'entreprise a subi de profondes mutations du fait de l'évolution des systèmes de production et de gestion d'entreprise. Le système d'évaluation de la performance a subi lui-même une évolution considérable. Les anciens paradigmes explicatifs sont devenus obsolètes. Kaplan et Norton (1992) ont proposé pour compléter les anciens outils existants, un modèle qui tient compte de toutes les dimensions de l'entreprise. L'ensemble des indicateurs retenus visant à mesurer la performance à plusieurs dimensions est connu sous l'appellation de tableau de bord prospectif (*balanced scorecard*). Dans ce modèle, Kaplan et Norton présentent le tableau de bord prospectif comme étant un outil servant à formuler la stratégie, à la communiquer, à fixer des objectifs, à mettre en cohérence les initiatives des acteurs pour atteindre un objectif commun et renforcer le retour de l'expérience et le suivi de la stratégie. Le tableau de bord prospectif (TBP) cherche à saisir la réalité complexe de la performance des entreprises qui ne peut pas être strictement financière. Il permet d'apprécier la réussite de l'organisation dans quatre domaines. Les domaines sont exposés à travers le modèle décrit dans la figure ci-dessus.

Figure 7 : modèle de la performance selon Kaplan et Norton



Source : Adapté de Norton et Kaplan

## 2.2. La performance dans le secteur de la santé

« Le système de santé comprend toutes les personnes et toutes les actions dont l'objectif principal est l'amélioration de la santé »<sup>13</sup>. L'hôpital en tant qu'élément d'un système de soins et en tant qu'organisation de production de soins participe à cet objectif. La performance des hôpitaux dépend en grande partie de la performance du système de santé. En effet l'Organisation Mondiale de la santé définit, huit dimensions graduelles qui influent sur la performance des systèmes de santé qui sont:

- Accessibilité physique ( 1 ) ;
- Disponibilité des ressources humaines (2);
- Disponibilité des ressources matérielles (3) ;
- Qualité organisationnelle (4);
- Pertinence des services (5);
- Opportunité et continuité (6);
- Qualité technique (7);
- Responsabilisation sociale (8).

Ces huit dimensions constituent des indicateurs pour mesurer la performance du système. Elles ont des impacts systémiques sur l'ensemble des éléments du système de santé et l'hôpital subit ces conséquences.

Par l'ampleur de sa place économique, par les valeurs dont il est porteur (solidarité, technicité, et excellence professionnelle), l'hôpital est l'un des lieux où se concentrent tous les défis. Outre les contraintes budgétaires et économiques, on constate l'émergence de nouveaux besoins et le patient au delà d'un usager passif souhaite être l'acteur de ses propres soins en exigeant des prestations de meilleure qualité et être informé sur les risques liés aux investigations et soins proposés. Il s'agit d'une nouvelle composante, évolutive et porteuse de changements majeurs dans les pratiques quotidiennes du personnel de santé. Les grandes mutations qui affectent l'organisation hospitalière y introduisent progressivement de nouveaux modes de gestion. L'avènement de « l'hôpital entreprise » (Ribaut, Aromatano, 1991) met en évidence le concept de client. Cette nouvelle forme d'organisation est à l'hôpital, ce que l'organisation orientée client est aux entreprises de production de services. C'est une clientèle de plus en plus exigeante à la qualité de son séjour à l'hôpital. En cherchant à satisfaire les besoins de sa clientèle, les organisations sanitaires empruntent des comportements d'entreprise pour attirer et fidéliser le maximum de patients ou clients. La recherche de la performance positionne donc le patient et la prise en compte de ses besoins et attentes au centre de tout objectifs de qualité. Pour mieux saisir l'organisation hospitalière en tant que organisation à la recherche de performance, nous empruntons à Galland, Fontaine et Rasid

---

<sup>13</sup> Rapport sur la Santé dans le Monde, (2000, p. 1)

Tableau 4 : critères de performance dans le secteur santé adapté par Galland et Fontaine

Dimension technique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accessibilité</li> <li>- Qualité du plateau technique</li> <li>- Complémentarité des activités médicales</li> <li>- rationalisation des processus et démarches de soins</li> <li>- adéquation des ressources humaines</li> <li>- permanence des services</li> <li>- qualité de l'accueil des patients</li> </ul>
Dimension économique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prix des prestations</li> <li>- Capacité de financement interne</li> <li>- Recouvrement des recettes</li> <li>- Utilisation rationnelle des recettes</li> <li>- Répartition du budget de fonctionnement</li> </ul>
Dimension institutionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des principaux acteurs internes et externes</li> <li>- Existence de cadre définissant les rôles de chacun</li> <li>- Existence d'instances démocratiques (transparence et aptitude à rendre compte)</li> <li>- capacités de ces instances</li> <li>- existence de services d'appui externes</li> <li>- gestion des litiges et plaintes des clients</li> <li>- image perçue auprès des clients</li> <li>- modes de collaboration avec les acteurs externes</li> <li>- potentiels d'acquisition de nouvelles activités et équipements</li> </ul>

Source : adapté de Galland B., Fontaine D., Rasidy K., pp. 6-7, 33-45

Selon ce cadre d'analyse, les trois dimensions de la viabilité des formations sanitaires sont : la dimension technique orientée vers la qualité des soins, la dimension économique qui s'intéresse à l'autonomie financière de l'établissement de santé et à sa capacité de gérer rationnellement les recettes générées et affectées, et enfin, la dimension institutionnelle qui interroge la capacité des responsables à manager, de manière démocratique et responsable, la structure dont ils ont la charge en prenant en compte le territoire dans lequel ladite entité est insérée. Cette dimension correspond à ce que Dubois (1987) appelle la qualité du management.

Ce nouveau mode d'organisation des soins s'inscrit en réponse aux différents défis auxquels est aujourd'hui confronté le monde hospitalier, parmi lesquels, l'augmentation des dépenses de santé qui lui sont inhérentes. Ainsi, au delà des objectifs de qualité et de prise en charge des patients, la modernisation de l'hôpital vise aussi une certaine rationalisation du monde hospitalier à travers une organisation des compétences médicales que l'on souhaite à la fois efficace et efficiente.

## 2.3. Les modèles de management de la performance

### 2.3.1. *Historique du management*

Venu des Etats Unis d'Amérique à la fin des années 1960, la nouvelle acception du mot management signifie l'action ou l'art de conduire et de gérer une entreprise. De multiples définitions emplissent les très nombreux ouvrages consacrés à ce sujet.

Philippe .M,(1983) dans son livre « Les Systèmes de Management » dit que le management dérive probablement de l'italien « maneggiare » issu du latin Manus et du verbe manager dont le sens au XVIème siècle était de conduire son bien et sa fortune avec raison et jugement. C'est vers 1868-1870 que le terme « management » sera utilisé au Royaume Uni pour définir la conduite d'une entreprise, puis aux Etats-Unis vers 1907-1910 dans l'expression «Scientific management». Expression d'une réflexion marquée par plusieurs contextes (historique, économique, sociologique et technologique), la théorie et le mécanisme de pensée à propos du management ont nourri l'avènement et l'évolution de nouvelles méthodes de pilotage stratégique de l'organisation. Les auteurs s'accordent à dire que le français Fayol et l'américain Taylor sont considérés tous deux comme les fondateurs de ce qu'on a appelé "l'école classique du management" et que leurs idées bien que controversées après par l'école des relations humaines ont été appliquées à l'entreprise. Selon la thèse de Taylor, les managers devraient aborder l'étude du travail sous l'angle scientifique. Son modèle reposait sur quatre règles :

- Déterminer la meilleure façon d'accomplir une tâche ;
- Procéder à la sélection scientifique du personnel ;
- Proposer des stimulants financiers ;
- Instaurer une gestion fonctionnelle.

Fayol par contre quant à lui affirme que les managers assument cinq fonctions fondamentales : la planification, l'organisation, le commandement, la coordination et le contrôle.

L'école classique a développé un système de pensée en adéquation avec le système économique et industriel du moment. Cependant elle comportait des limites parce qu'elle ignorait les besoins secondaires des individus, ce que Maslow par la suite va critiquer. Progressivement l'humanisation du travail va donner un nouveau courant de pensée à savoir le mouvement des relations humaines. L'un des tenants d'une telle théorie est sans conteste Elton Mayo. Professeur de psychologie industrielle, il réalise des études sur le comportement humain en entreprise dans son poste de travail. Il arrive à la conclusion que l'amélioration des conditions de travail a une conséquence sur le rendement des employés. Dans cet ordre d'idée, Maslow centre son analyse sur la question de la motivation au travail. A l'issue de cette étude il propose sa pyramide des besoins en hiérarchisant les besoins de l'individu.

Contrairement à la théorie classique du management du travail et l'école des relations humaines, la théorie des contingences insiste sur l'incidence des variables de l'environnement sur le comportement organisationnel. Burn et Stalker (1963) analysent l'impact de l'environnement sur vingt (20) entreprises en Grande Bretagne. Ils vont ainsi démontrer que la structure d'une entreprise dépend des degrés de

complexité et de stabilité et ses environnements directs. Ils distinguent alors à la fin de leurs travaux deux types de structures : les structures mécanistes adaptées aux environnements stables et structures organiques adaptées aux environnements turbulents. L'approche par la contingence a mis fin au paradigme de l'école classique et a enrichi les enseignements de l'école des relations humaines. Les praticiens du management ne sont pas en marge de cette contribution. En effet, plusieurs chefs d'entreprise et consultants ont contribué et abordent avec pragmatisme le management en proposant des méthodes qui font la fierté de nos entreprises aujourd'hui. Les auteurs les plus connus sont Peter Drucker et A .P Sloan, universitaires et consultants en management. Drucker est considéré comme étant le père du management moderne. Il a notamment défini le rôle du manager et sa place dans la performance de l'entreprise en parlant des cinq rôles majeurs des dirigeants efficaces : fixer des objectifs, organiser le travail, motiver et impliquer, établir des normes de performance, former les employés. Quant à Sloan sous sa direction, General Motors passa du statut d'un constructeur automobile de moyenne taille au rang d'entreprise mondiale. L'une des innovations est la décentralisation qu'il a instaurée, permettant aux niveaux périphériques de prendre des initiatives.

La pensée managériale a bénéficié de l'apport des sociologues qui ont analysé les systèmes de relations existants entre les acteurs évoluant dans une organisation. Ce courant se positionne dans une logique d'action. L'individu au travail n'est pas exclusivement motivé par le gain (perspective taylorienne) et ne se comporte pas comme un acteur passif qui ne fait que réagir à de simple stimuli (courant des relations humaines).L'individu au travail est un libre arbitre.

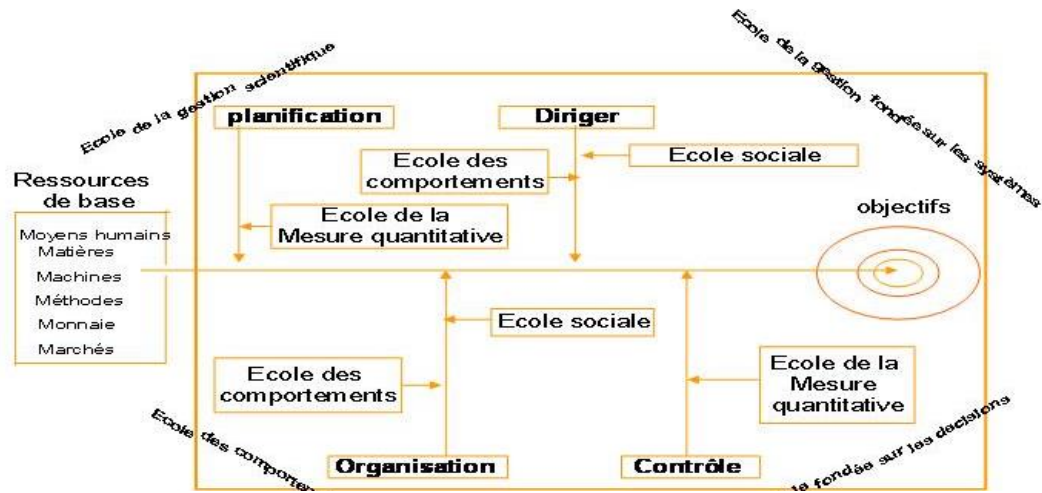
Par la suite, le management a reçu a partir de la seconde guerre mondiale, des théoriciens de la gestion qui ont entrepris d'appliquer une grande variété de techniques dites quantitatives et que l'on désigne sous l'appellation de recherche opérationnelle ou science de gestion.Ce mouvement a été décrit comme l'application des méthodes, des techniques et des outils scientifiques aux problèmes faisant intervenir le fonctionnement de systèmes, de façon à fournir aux responsables de ces systèmes des solutions optimales à leurs problèmes.

En 1985 Georges R Terry et al , dans un ouvrage collectif sur les principes du management synthétise l'évolution de la de pensée managériale suivant huit grandes écoles qu'il regroupe en une seule appelée l'école du processus simplifié. Ils procèdent à un regroupement des grandes pensées en fonction des composantes du management développées par les auteurs classiques tel que Fayol et Taylor : Il s'agit d'abord de la planification qui peut être définie comme un plan prévisionnel qui oblige le manager à décider aujourd'hui ce qu'il faut faire dans le futur. Elle précède donc l'action. Elle permet de préparer les activités au lieu de les subir. Ensuite l'organisation permet de définir les **taches** à accomplir, de les regrouper, d'établir des liens d'autorité, de coopération et d'information qui uniront les hommes entre eux, de créer des unités de soutien qui permettront aux responsables de disposer d'expertise complémentaire. Le leadership que les auteurs définissent comme étant la manière d'exercer le pouvoir, en mobilisant et canalisant les énergies des salariés engagés dans une structure. Enfin le contrôle est l'une des composantes du management qui a été développée comme la manière dont les managers s'assurent que les résultats sont conformes aux objectifs. Toutes ces composantes



concourent toutes vers l'objectif de l'organisation. Leurs travaux peuvent être schématisés par le tableau après :

Figure 8 : l'école du processus simplifié



Source Georges Terry et al,1983

Tout au long de ce parcours de réflexion, on se rend bien compte que les efforts de construction théorique visent à trouver le modèle pertinent pour rendre les organisations plus performantes. Manager la performance est au centre même des préoccupations gestionnaires. Cette inquiétude a donné lieu à des formalisations et à la construction de modèle de management de la performance en fonction des pays, et mêmes des organisations.

### 2.3.2. Le management de la performance

Jean Brillman,2003 dans son ouvrage « Les meilleurs pratiques de management » pense que la finalité du management est de produire des organisations excellentes. La performance est donc la raison d'être de nos organisations. Au regard des études et réflexions à propos de la performance nous constatons qu'elle est un concept multidimensionnel et contingent. Son caractère complexe s'explique lorsqu'on veut la définir en se situant dans la perspective des parties prenantes. Dans ce cas, on est obligé d'asseoir un système de performance englobant et multidimensionnel. La mesure de la performance peut être abordée selon les modèles qui renvoient à nos réalités contextuelles. La revue de la littérature présente plusieurs modèles de management de la performance. Dans le cadre de notre travail et compte tenu de la spécificité de l'hôpital nous présenterons deux modèles qui semblent mieux adapté à la réalité de nos organisations sanitaires. Il s'agit du modèle Européen appelé EFQM 2003 et le modèle Malcolm Baldrige National Quality Award où modèle américain d'évaluation des entreprises. Ces deux modèles sont présentés dans les exposés des parties a et b.

#### a. Le Modèle EFQM 2003

Ce modèle comprend cinq (05) facteurs et quatre (04) résultats. Les facteurs et les résultats sont mesurés à partir des critères suivants un score qui permet d'évaluer les organisations sur la base des notes préalablement définis. Ces critères concernent les composantes du management :

Cinq facteurs : 50%

- Critère 1 : leadership 10%

La manière dont l'équipe dirigeante stimule et facilite la réussite de la mission et de la vision, développe les valeurs nécessaires à une réussite à long terme et l'implante via des actions et des comportements appropriés, et s'implique personnellement dans le développement et l'implantation du système de management.

- Critère 2 Politiques et stratégies, 8%

La manière dont l'organisation met en exergue sa mission, sa vision par une stratégie claire et orientée vers les parties prenantes, soutenues par des décisions, des plans, des objectifs, des cibles et processus appropriés.

- Critère 3 : Le personnel 9%

La manière dont l'organisation manage, développe et libère les connaissances et le potentiel de son personnel que ce soit au niveau de l'individu, des équipes et ou de l'organisation. La manière dont l'organisation planifie ses activités afin de soutenir sa politique et sa stratégie et s'assurer un fonctionnement efficace de ses processus.

- Critère 4 : Partenariat et ressources, 9%

La manière dont l'organisation planifie et manage ses partenariats extérieurs et gère ses ressources internes afin de soutenir sa politique et sa stratégie et d'assurer un fonctionnement efficace de ses processus.

- Critère 5 : Processus ,9%

La manière dont l'organisation conçoit, manage, et améliore ses processus afin de soutenir sa politique et sa stratégie et de donner entière satisfaction à ses clients et aux autres parties prenantes tout en augmentant la valeur.

Quatre Résultats, 50%

- Critère 6 : Résultats concernant les clients externes, 20%

L'autoévaluation montrera les résultats obtenus par l'organisation vis à vis de ses clients externes.

- Critère 7 : Résultats vis concernant le personnel 9%

L'autoévaluation montrera les résultats obtenus par l'organisation vis à vis de son personnel

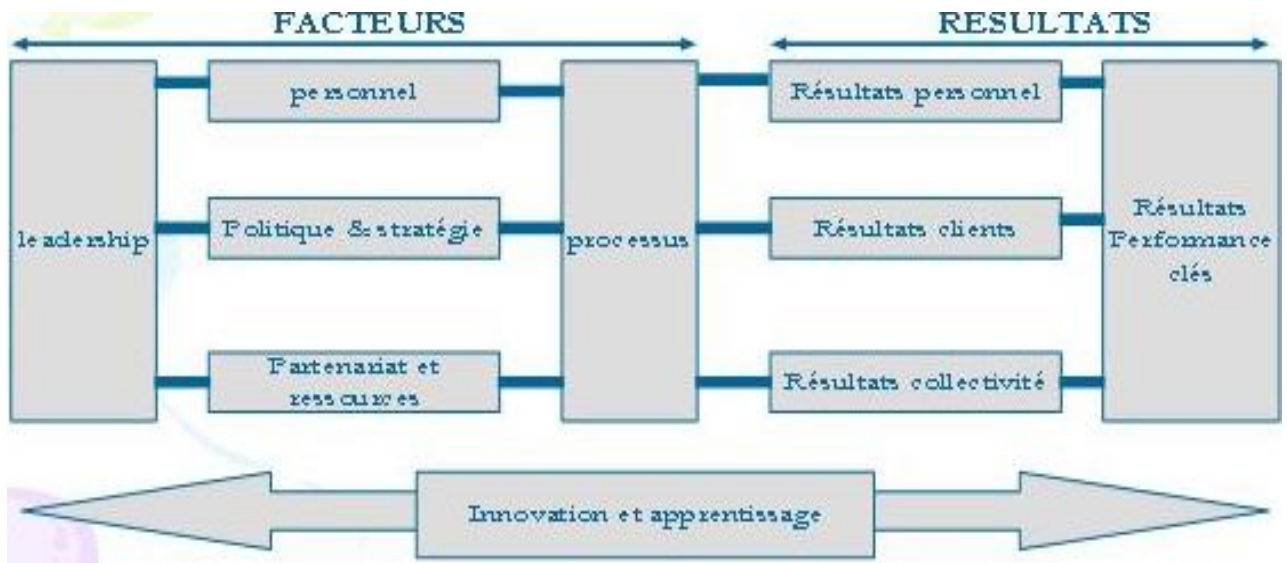
- Critère 8 : résultats concernant la société

L'auto évaluation montrera les résultats obtenus par l'organisation sur son impact vis à vis de la collectivité, au niveau local, national et international.

- Critère 9 : les résultats concernant les performances clés, 15%

Ces facteurs et résultats peuvent être schématisés de la façon suivante :

Figure 9 : Modèle européen de la performance (EFQM)



Source : BRILMAN les meilleurs pratiques de management édition (2003)

Le modèle EFQM qui s'appelle depuis 1999 le modèle d'excellence EFQM considère que l'organisation peut être modélisée par les facteurs et des résultats. La logique est symbolisée par le sigle RADAR : Résultats, Approche, Déploiement, Appréciation (évaluation) et Revue. Selon eux, une entreprise doit définir les résultats attendues, planifier et développer les approches et de son déploiement.

#### b. Le Malcolm Baldrige National Quality Award

Ce modèle évolue assez rapidement dans le temps et reflète bien la capacité d'adaptation du management américain aux évaluations de l'entreprise de l'environnement. Il est passé d'une culture de la performance à une culture de résultat pour toutes les parties prenantes. Les critères ont été conçus pour aider les entreprises à améliorer leur compétitivité par une focalisation sur l'atteinte de trois buts :

- Fournir une valeur sans cesse améliorée aux clients, se traduisant par des succès sur le marché.
- L'amélioration de l'efficacité et des capacités de l'ensemble de l'organisation.
- La formation du personnel et de l'organisation.

Le modèle peut représenter par le schéma ci-dessous.

Figure 10 : Le Malcolm Baldrige National Quality Award



Sources : Jean Brillman, les pratiques meilleurs de management (2003)

Le trophée Baldrige a augmenté en 1998 le poids des résultats alors qu'il s'intéressait essentiellement à la manière de faire, il s'inscrit dans la tendance actuelle des indicateurs de performance stratégique équilibrée.

Ces deux modèles bien qu'ils partagent les mêmes objectifs à savoir la mesure globale de la performance des entreprises ont cependant des différences.

Tableau 5 : Liste des critères d'évaluation selon Malcolm National Quality Award

	2001	Points		1998
		2001	1998	
<b>Leadership</b>		110	120	
1.1 système de leadership	80			80
1.2 Responsable vis à vis du public et civisme	40			40
<b>2.0 Planification stratégique</b>		85	80	
2.1 Développement de la stratégie	40			40
2.2 Déploiement de la stratégie	45			45
<b>3.0 Focalisation sur les clients et les marchés</b>		85	80	
3.1 Connaissances des clients et du marché	45			
3.2 Satisfaction des clients et management des relations	40			
<b>4.0 Informations et analyse</b>		80	90	
4.3 Mesure et analyse des performances de l'entreprise	50			50

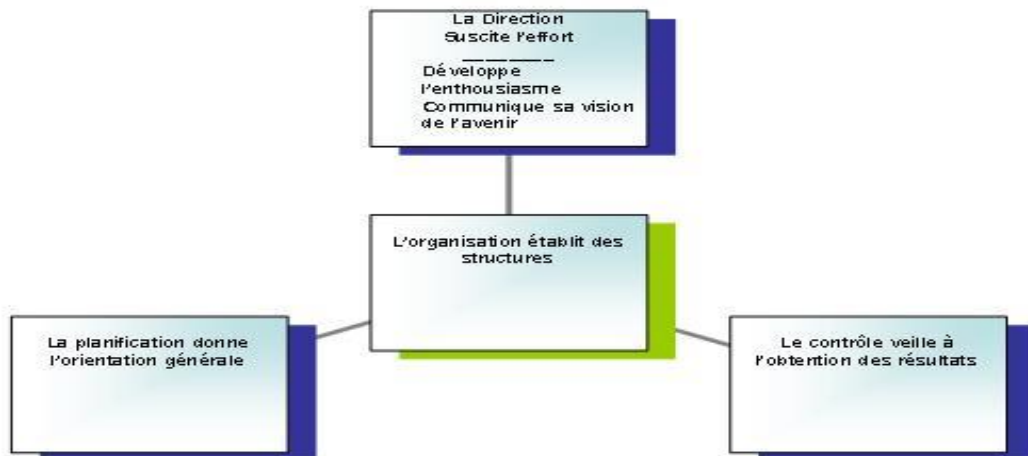
4.2 Management de l'information				
<b>5.0 Focalisation sur les ressources humaines</b>	35	85	100	40
5.1 Système de travail	25			30
5.2 Formation générale, continue et développement des employés	25			30
5.3 Satisfaction et bien être des collaborateurs				
<b>6.0 Management des processus</b>		85	100	
6.1 Management des processus de production				
6.2 Management des processus de business et de services				
6.4 Management des processus de supports				
<b>7.0 Résultats des affaires</b>	125	450	450	125
7.1 Résultats centrés sur les clients	125			125
7.2 Résultats financiers et de marché				
7.3 Résultats en matière de ressources humaines	80			80
7.4 Résultats concernant l'efficacité organisationnelle	120			120
7.4 Résultats en matière de fournisseurs et de partenaires	ns			Ns
7.5 Résultats spécifiques de l'entreprise	ns			ns
Total des points		1 000	1 000	

Source : Jean Brilman, les meilleurs pratiques de management (2003)

### 2.3.3. Choix du modèle d'analyse

A la fin de revue de la littérature, il nous paraît pertinent d'aborder la problématique de la performance hospitalière en prenant en compte les enjeux de la complexité organisationnelle. Tout au long de l'étude notre objectif sera de montrer que le management détermine la performance hospitalière. Le management du point de vue de Taylor et repris par l'école des processus de gestion peut être défini comme savoir planifier, organiser, diriger et contrôler. Il peut être résumé par le schéma ci-dessous :

Figure 11 : modèle théorique de l'étude



Ces quatre fonctions que nous appelons variables ou composantes du management sont des facteurs dont la conjugaison favorise le progrès dans une organisation. Pour ce qui est de la performance, nous avons utilisé quatre variables de nature différentes pour prendre en compte tous la dimension technique, financière. Ainsi nous avons des indicateurs financiers, de résultats (taux de mortalité intra hospitalières, et de d'occupation de lits). Toutefois, notre étude étant essentiellement quantitative nous avons jugé préférable de ne pas faire intervenir une enquête d'opinion pour prendre en considération

les patients qui sont les bénéficiaires finaux dans l'organisation. En nous inspirant du modèle américain de l'excellence nous avons élaboré des critères d'évaluation en vue de mesurer les pratiques de management et performance. Ces critères sont résumés par le tableau ci-dessous :

### Système de score de mesure de la performance et du management

Tableau 6 Critères et score retenus pour mesurer le système de management de la performance hospitalière

	<b>Planification</b>		<b>31</b>
<b>1.0</b>	1.1 Projet d'établissement (PE) disponible	12	
	1.2 Indicateurs d'évaluation du PE	1	
	1.3 Source de vérification	1	
	1.4 Evaluation à mi-parcours du PE	1	
	1.5 Existence d'un plan d'action annuel	1	
	1.6 Quels types de planification	1	
	1.7 Activités...	1	
	1.8 Responsables...	1	
	1.9 Indicateurs	1	
	1.10 Périodicité	1	
	1.11 Existence d'un système de suivi évaluation/contrôle	3	
	1.12 Rapports de suivi évaluations prévues	1	
	1.13 Rapport d'évaluation interne prévue	2	
	1.14 Rapport d'évaluation externe prévue	1	
	1.15 Rapport d'audits prévus	1	
	1.16 Adéquation projet d'établissement plan d'action	2	
<b>2.0</b>	<b>Organisation</b>		<b>42</b>
	2.1 Président du conseil d'administration (mandat non expiré)	1	
	2.2 Conseil d'administration nommé (mandat non expiré)	1	
	2.3 Tenue des réunions statutaires du conseil d'administration	3	
	2.4 Tenue du conseil de directions	4	
	2.5 Autres cadres de concertations	4	
	2.6 Commission médicale d'établissement	1	
	2.7 Comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail	1	
	2.8 Cellule de qualité	1	
	2.9 Disponibilité des ressources humaines	13	
	2.10 Type de service dans hôpital	6	
	2.11 Existence de canaux de communication	5	
	2.12 Existence d'une fiche de description des tâches et des postes	1	
	2.13 Manuel de procédure de gestion administrative et financière	1	
<b>3.0</b>	<b>Leadership</b>		<b>27</b>
	3.1 Existence d'un Système de motivation des agents	6	
	3.2 Forme de motivation pécuniaire	1	
	3.3 Forme de motivation (reconnaissance)	1	
	3.4 Forme de motivation (lettre de félicitation)	6	
	3.5 Existence d'un système d'évaluation du personnel	1	
	3.6 Rapport d'évaluation de l'année en cours (2007)	1	
	3.7 Rencontre avec les syndicats	4	
	3.8 Arbre de Noël pour les enfants des employés	4	
	3.9 Existence d'un conseil discipline	2	
	3.10 Existence d'un plan de formation continue	1	
	Contrôle/suivi évaluation		
<b>4.0</b>	<b>Contrôle</b>		<b>25</b>
	4.1 rapport évaluation initiale du projet d'établissement	6	
	4.2 Rapport évaluation à mi-parcours du PE	4	
	4.3 Rapport évaluation externe des activités	2	
	4.4 Existence d'un système de contrôle interne	1	

	4.5 Rapport de contrôle interne	1	
	4.6 Rapports d'audits financiers	4	
	4.7 Rapports médicaux	4	
	4.8 Rapports cellules qualité	2	
	4.9 Rapports de satisfaction patients	1	
<b>5.0</b>	<b>Management</b>		<b>125</b>
	5.1 Planification	31	
	5.2 Organisation	42	
	5.3 Leadership	27	
	5.4 Contrôle	25	
<b>6.0</b>	<b>Résultats/Performance</b>		<b>60</b>
6.1	Taux de mortalité intra hospitalière	20	
6.2	Taux d'occupation de lits	20	
6.3	Taux d'autofinancement	20	

Auteur inspiré de Macolm Bridge Quality Award

Au terme de cette revue de la littérature, il nous paraît pertinent d'aborder la problématique de la performance hospitalière en prenant en compte les enjeux de la complexité organisationnelle. Tout au long de l'étude, notre objectif sera de montrer que le management détermine la performance hospitalière. Le management du point de vue de Taylor et repris par l'école des processus de gestion peut être défini comme savoir planifier, organiser, diriger (leadership) et contrôler. Le chapitre suivant sera consacré à la méthodologie.

## CHAPITRE III

### METHODOLOGIE

#### 3.1. Population cible et échantillonnage

La population cible, objet de notre étude, est constituée essentiellement de l'ensemble des centres hospitaliers régionaux publics qui sont au nombre de neuf, repartis à travers le territoire national. C'est un échantillonnage exhaustif dans la mesure le Burkina Faso jusqu'en décembre 2008 comptait neuf centres hospitaliers régionaux de santé. Les questionnaires administrés sont au nombre de 12 avec un taux de réponse de 92%. Ce taux très élevé s'explique par le fait que les autorités sanitaires ont marqué leur accord pour que l'enquête puisse bien se dérouler. L'objectif de notre étude étant d'expliquer l'impact du management sur la performance des hôpitaux publics les questionnaires ont été administrés à l'ensemble des structures hospitalières publiques. L'enquête a été menée de juin à septembre 2008. Chaque hôpital a reçu la visite d'un enquêteur qui a d'abord effectué un entretien avec le Directeur général de l'hôpital, ensuite conduit au niveau de chaque unité de soins et à la cellule des statistiques. Nous avons effectué en outre des entretiens deux personnes ressources notamment la Directrice général de la tutelle des hôpitaux et du sous secteur privé, un Directeur général choisi de façon aléatoire et (07) autres personnes faisant partie du personnels.

#### 3.2. Techniques de collectes

L'approche méthodologique de notre thème est quantitative. La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire d'enquête et testé auprès de certaines personnes ressources dont certains Directeurs Généraux sus cité. Ces données collectées ont été traitées à l'aide d'un logiciel EXCEL.

#### . VARIABLES ET INDICATEURS

La série de variables indépendantes :

- La planification
- L'organisation
- Le leadership/la direction
- Le Contrôle /suivi évaluation /Impulsion

La série de variables dépendantes est constituée du :

- Taux de mortalité intra hospitalière composite des quatre dernières années
- Taux d'occupation de lits composite des quatre dernières années
- Taux de rentabilité financière des quatre dernières années



### 3.3. Justification du terrain d'étude

Les hôpitaux publics du Burkina Faso participent à plusieurs titres à la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire. Ils constituent un outil très important pour le Ministère de la Santé dans la lutte contre la pauvreté et l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement. Le rôle joué par les hôpitaux dans le financement du secteur de la santé est si important qu'il n'est pas superflu de se pencher sur l'efficacité des hôpitaux. L'hôpital doit être intégré dans le système de santé et non coexister à ses côtés. Dans cette perspective, les conclusions de nos travaux seront utiles dans la mesure où elles serviront à faire des propositions pour améliorer les pratiques de management en vigueur dans nos services de santé, mais aussi corriger la logique d'intervention dans le secteur de la santé.

Aussi en tant que praticiens de la santé nous avons jugé pertinent de porter un regard critique sur la maison commune qui demeure la cheville ouvrière de notre système de santé.

### 3.4. Variables et indicateurs

Dans le cadre de notre étude, l'identification des éléments de la performance ou variables dépendantes a été effectuée sur la base d'une revue de la littérature. En effet, l'ensemble des indicateurs de performance utilisés dans cette étude est déjà pris en compte dans l'évaluation des hôpitaux publics. Pour les variables indépendantes les composantes du management à savoir la planification, l'organisation, le leadership et enfin le contrôle constituent nos variables indépendantes.

#### 3.4.1. Variables dépendants

Trois (03) indicateurs ont été utilisés pour évaluer la performance dans cette présente étude. Il s'agit des concepts suivants:

- Taux d'occupation des lits qui est égal au rapport entre le nombre de journées réalisées ou facturées et le nombre de journées de lits exploitables exprimés en pourcentage (pour déterminer ce coefficient il est important d'avoir un décompte précis des lits en indiquant la capacité théorique de la capacité). Cet indice permet de connaître et de suivre l'occupation des lits d'un service d'hospitalisation. Un taux d'occupation moyen inférieur à 50% signifie que le service fonctionne au minimum ou à moitié.
- Taux de mortalité intra hospitalière qui est égal au nombre de décès d'une période sur la population desservie multiplié par cent ;
- Taux d'autofinancement qui est égale aux montants des recettes propres recouverts pour une période sur les recettes prévues durant cette période.

Dans l'objectif d'avoir une certaine objectivité de la qualité du résultat nous avons jugé pertinent de prendre en compte les données observées durant les quatre années de leur exercice. Ces données

relatives des quatre années seront agrégées pour déduire la performance générale de chaque établissement.

### 3.4.2. Variables indépendantes

Nous partons de l'hypothèse que le management détermine la performance.

Hm égal au management, H1 est égal à la planification, H2 à l'organisation, H3 au leadership et H4 au contrôle.

Tableau 7 : Indicateurs des variables management et performance

Hm : la performance est fonction du management	
Objectifs : analyser le lien de causalité entre le niveau de management et la performance hospitalière.	<p><b>Mesure de la performance</b>                      Outils de collecte : questionnaire d'enquête                      Population : 9 Centres hospitaliers Régionaux                      Variables dépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de mortalité intra hospitalière composite des quatre dernières années</li> <li>- Taux d'occupation des lits composite des quatre dernières années</li> <li>- Taux de rentabilité financière des quatre dernières années</li> </ul>
Démarche : Mesurer la corrélation entre le niveau de management de chaque hôpital et sa performance	<p><b>Management</b> : Variables indépendantes (P+O+L+C)                      Planification : planification stratégique et opérationnelle                      Organisation : organisation fonctionnelle et opérationnelle                      Leadership : leadership stratégique et partagé                      Contrôle : contrôle interne et externe</p>

Auteur à partir des hypothèses

Tableau 8 : Indicateurs des variables performance et planification

H1 : la performance est fonction de la planification	
Objectifs : analyser le lien causalité entre planification et performance hospitalière.	<p><b>Mesure de la performance</b>                      Outils de collecte : questionnaire d'enquête                      Population : 9 Centres hospitalier Régionaux                      Variables dépendantes ou performance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de mortalité intra hospitalière composite des quatre dernières années</li> <li>- Taux d'occupation des lits composite des quatre dernières années</li> <li>- Taux de rentabilité financière des quatre dernières années</li> </ul>
Démarche : Mesurer la corrélation entre le niveau de planification de chaque hôpital et sa performance	<p><b>Mesure de la planification</b>                      Outils de collecte : Questionnaire d'enquête                      Population : 9 Centre hospitalier régionaux                      Variables :</p> <p>Outils de planification stratégique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet d'établissement</li> <li>- Indicateurs</li> <li>- Système d'évaluation</li> </ul> <p>Outils de planification opérationnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan d'action</li> <li>- Diagramme de gant ou autres</li> <li>- Système de suivi</li> </ul>



Tableau 11 Indicateurs des variables performance et contrôle

H4 : la performance est fonction du contrôle	
<p>Objectifs : analyser le lien causalité entre niveau de contrôle et performance hospitalière.</p> <p>Démarche : Mesurer la corrélation entre le niveau de contrôle de chaque hôpital et sa performance</p>	<p><b>Mesure de la performance</b></p> <p>Outils de collecte : questionnaire d'enquête</p> <p>Population : 9 Centres hospitalier Régionaux</p> <p>Variables :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se référer aux variables citées plus haut au niveau de H1</li> </ul>
	<p><b>Mesure du niveau de contrôle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacité d'autoévaluations</li> <li>- Rapports médicaux</li> <li>- Rapport qualité</li> <li>- Système de contrôle interne</li> <li>- Rapport d'audit financier et médical</li> <li>- Evaluation externe</li> <li>- Etude de satisfaction patiente, évaluation externe</li> </ul>

Auteur à partir des hypothèses

### 3.4.3. Système de notation de la performance

En vue d'évaluer la performance des hôpitaux un système de notation a été utilisé. Les hôpitaux ont été notés sur une période de quatre ans et sur trois indicateurs différents. Il s'agit du taux de mortalité intra hospitalière, du taux d'autofinancement et enfin le taux d'occupation de lits. La figure (12) ci-dessous illustre la grille de notation.

Figure 12 : Grille de notation des hôpitaux

Grille de notation des hôpitaux sur la performance					
Taux d'autofinancement					
	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Taux d' AFde 25% à 20% score 5					
Taux d' AFde 20% à 15% score 4					
Taux d' AFde 15% à 10% score 3					
Taux d' AFde 10% à 5% score 2					
Taux d' AFde 5% à 0% score 1					
Taux de rotation de lits					
Taux de mortalité intra-hospitaliere					
	2004	2005	2006	2007	
Taux de Mo de 4% à 5% score 5					
Taux d' Mo de 5% à 6% score 4					
Taux d' Mo de 6% à 7% score 3					
Taux d' Mo de 7% à 8% score 2					
Taux d' Mo de 8% à 9% score 1					
Taux d'occupation de lits					
	2004	2005	2006	2007	
Taux de lits de Fde 50% à 40% score 5					
Taux de lit de 40% à 30% score 4					
Taux de lits de 30% à 20% score 3					
Taux de lits de 20% à 10% score 2					
Taux de lits de 10% à 0% score 1					

Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

### 3.5. Limites de la méthode

Une des limites de la présente étude est la taille très réduite de l'échantillon. Le nombre total des centres hospitaliers régionaux est estimé à neuf (09). L'attribution des systèmes de scores est une limite puisqu'elle tient compte essentiellement de notre expérience du terrain et du contexte national.

L'objet de cette section était de présenter l'échantillon de l'étude et les techniques de collecte de données. Le questionnaire d'enquête nous a permis de collecter les informations nécessaires à la mesure de la performance des neuf (09) centres hospitaliers régionaux, ainsi que les pratiques de management. Le chapitre suivant sera consacré à l'analyse et interprétations des données.

## CHAPITRE IV

### ANALYSE ET INTERPRETATIONS DES DONNEES

L'objet de ce chapitre est d'analyser les liens entre la performance et le management et ensuite de déterminer les composantes du management susceptible d'agir sur le niveau de la performance. La première section présente une analyse statistique de l'échantillon et la deuxième analyse les liens entre la performance et le management ainsi que ses composantes.

#### 4.1. Caractéristique et analyse de l'échantillon

Les données proviennent de neuf (9) centres hospitaliers régionaux (CHR) du Burkina Faso. Il s'agit du CHR de Dori, de Koudougou, de Kaya, de Banfora, de Gaoua, de Tenkodogo, de Dédougou, de Ouahigouya et de Fada (tableau 12).

Tableau 12 : Données générales relatives aux hôpitaux

Hôpital	Populations cibles	Journées d'hospitalisation 2007	Nbre de médecin	Nbre de lits	Nbre de district	Taux d'occupation de lits en 2007	Taux de intra mortalité
CHR de Banfora	525 62	21 650	8	104	2	57.03	8,2%
CHR de Dedougou	1 561 787	19 845	7	149	6	36.49	5,2%
CHR de Dori	956,385	11 361	8	163	4	19.10	6,8%
CHR de Fada	1 257 621	21 156	10	152	5	38.13	5,4%
CHR de Gaoua	635 426	17 047	8	149	4	31.35	7,3%
CHR de Kaya	1 156 802	24 515	9	146	4	46.00	5,6%
CHR de Koudougou	1 224 267	21 268	14	201	5	28.99	7,8%
CHR de Ouahigouya	1 162 897	36 184	11	197	5	50.32	7,1%
CHR de Tenkodogo	1 196 116	26 959	11	168	4	43.96	4,1%
Total	8 195 872	199 985	86	1429	39	351,37	6,16

Source : Annuaire statistiques sanitaire 2007

##### 4.1.1. Analyse de l'échantillon

En moyenne, la performance des hôpitaux est de 45,78 pour un niveau de management moyen de 77,22 points. Le CHR de Fada, avec une performance de 55 points s'avère être le meilleur en terme de performance. Le CHR le moins performant est celui de Dori qui a un niveau de performance de 32. Parmi les neufs (9) CHR, six (Banfora, de Gaoua, de Tenkodogo, de Dédougou, de Ouahigouya et de Fada) ont une performance supérieure à la moyenne générale. 50% des CHR ont un niveau de performance de 50 pour un management de 79, confère tableau (13).

Tableau 13 : Caractéristiques de l'échantillon selon le niveau de performance et de management

CHR	Planification	Organisations	Leadership	Contrôle	Management	Performance
Dori	17	26	14	13	70	32
Koudougou	11	38	22	8	79	34
Kaya	13	31	15	10	69	41
Banfora	16	34	20	11	81	47
Gaoua	18	36	18	11	83	50
Tenkodogo	10	36	18	9	73	50
Dédougou	16	31	16	9	72	51
Ouahigouya	18	35	19	10	82	52
Fada	18	34	23	11	86	55
Total	137	301	165	92	695	412
Moyenne	15,22	33,44	18,33	10,22	77,22	45,78
Minimum	10	26	14	8	69	32
Maximum	18	38	23	13	86	55
Ecart type	3,11	3,61	3,04	1,48	6,28	8,21
Médiane	16	34	18	10	79	50

Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

En terme de management, on constate que le CHR le plus performant (Fada) est celui qui a le fort niveau de management (86). Il en de même pour le CHR de Dori qui est le moins performant et qui a le plus faible niveau de management. Cinq CHR (Koudougou, Banfora, Gaoua, Ouahigouya et Fada) ont développé des niveaux de management supérieur à la moyenne. Le niveau de management moyen pour l'ensemble des CHR a été de 77,22. On note une très grande dispersion entre les différents niveaux de performance (écart type de 8,21) et de management (écart type de 6,28).

Le niveau moyen des déterminants du management a été de 15,22 pour la planification, 33,44 pour l'organisation, 18,33 pour le leadership et 10,22 pour le contrôle. Le niveau de planification maximum a été de 18 et enregistré par les CHR de Gaoua, de Ouahigouya et de Fada. La plus faible planification et le plus faible contrôle a été l'œuvre du CHR de Koudougou (11). Par contre ce CHR (Koudougou) est celui qui a la plus forte organisation (38) tandis que la plus faible organisation est enregistrée au CHR de Dori (26) qui a cependant le plus grand contrôle (13). Le niveau de leadership le plus élevé est au niveau du CHR de Fada (23). Au niveau des déterminants du management, on constate une dispersion au niveau des hôpitaux. Certains sont meilleurs dans certains domaines alors que pour d'autres c'est le contraire.

#### 4.1.2. Le management et ses déterminants

##### Le management

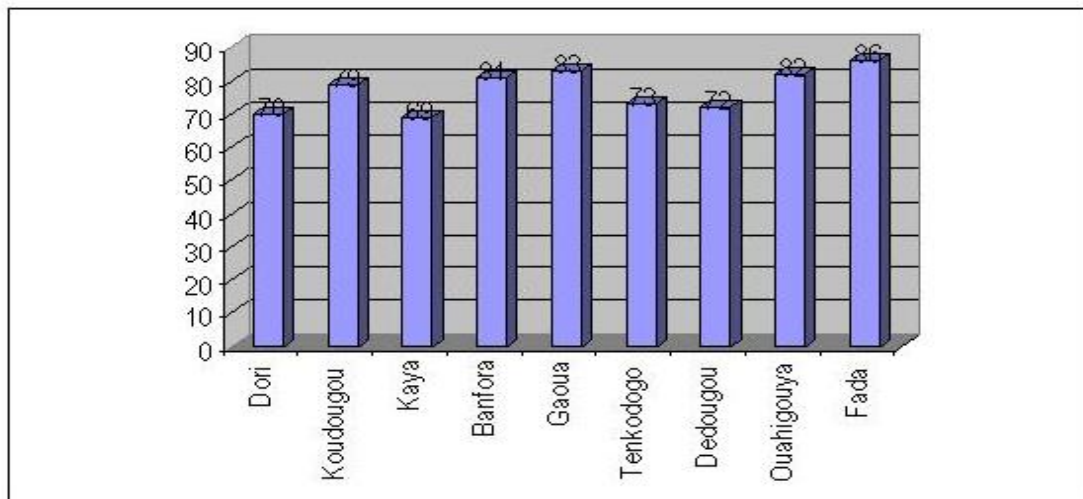
La pratique de management est presque la même au sein des différents CHR. En effet, l'écart entre les différents degrés de management est 0,0199. Le degré de management moyen est de 0,11 et 50% des CHR ont un degré de management égal à 0,1214. Le plus haut degré de management est pratiqué par le CHR de Fada (0,1237) et plus faible par le CHR de Kaya (0,0993) (tableau 14 et figure 13).

Tableau 14 : Caractéristiques de l'échantillon selon le degré de performance et de management

CHR	Planification	Organisation	Leadership	Contrôle	Management	Performance
Dori	0,1241	0,0864	0,0848	0,1413	0,1007	0,0777
Koudougou	0,0803	0,1262	0,1333	0,0870	0,1137	0,0825
Kaya	0,0949	0,1030	0,0909	0,1087	0,0993	0,0995
Banfora	0,1168	0,1130	0,1212	0,1196	0,1165	0,1141
Gaoua	0,1314	0,1196	0,1091	0,1196	0,1194	0,1214
Tenkodogo	0,0730	0,1196	0,1091	0,0978	0,1050	0,1214
Dédougou	0,1168	0,1030	0,0970	0,0978	0,1036	0,1238
Ouahigouya	0,1314	0,1163	0,1152	0,1087	0,1180	0,1262
Fada	0,1314	0,1130	0,1394	0,1196	0,1237	0,1335
Total	1	1	1	1	1	1
Moyenne	0,1111	0,1111	0,1111	0,1111	0,1111	0,1111
Minimum	0,1314	0,1262	0,1394	0,1413	0,1237	0,1335
Maximum	0,0730	0,0864	0,0848	0,0870	0,0993	0,0777
Ecart type	0,0227	0,0120	0,0184	0,0161	0,0090	0,0199
Médiane	0,1168	0,1130	0,1091	0,1087	0,1137	0,1214

Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

Figure 13 : Niveau de management des CHR

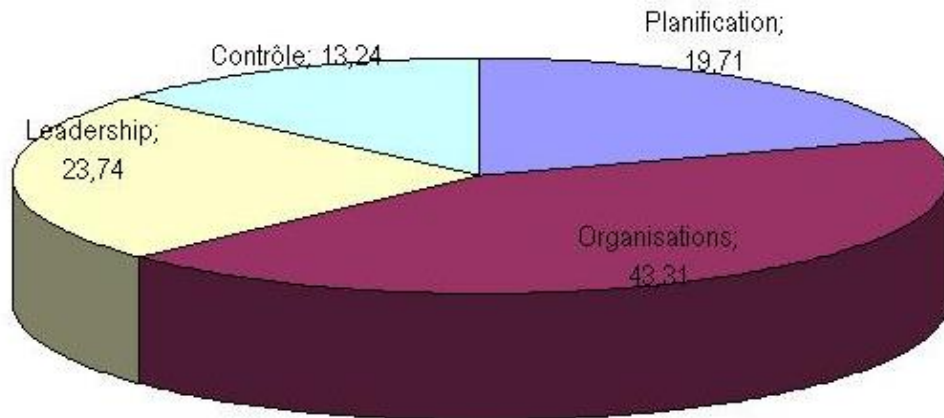


Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

Pour les différents CHR, le niveau de management est surtout expliqué par le degré d'organisation. En effet, le niveau d'organisation explique à lui seul 43,31% du niveau de management. Le niveau de contrôle par contre est le plus faible (13,24%) déterminant du management. Le leadership et le niveau de planification représentent quant à eux respectivement 23,74% et 19,71% du management (figure 14) ci-dessous.



Figure 14 : Paramètres du management



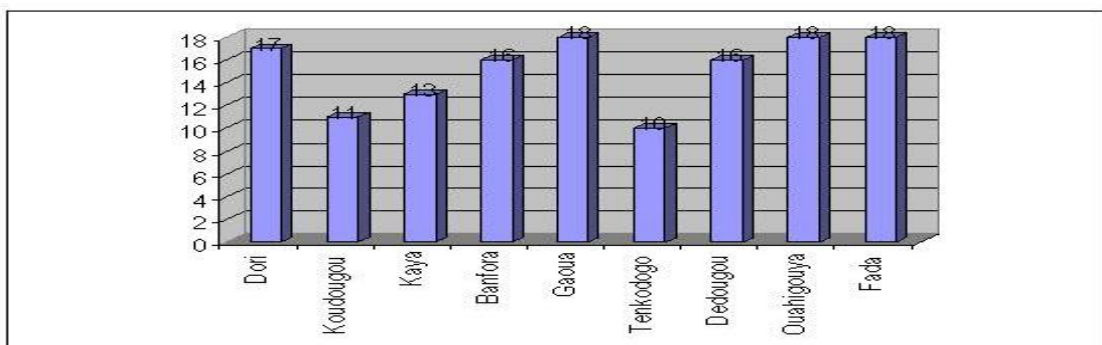
Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

Ce résultat peut amener à conclure que plus les CHR sont dotés d'une bonne organisation, plus ils ont un niveau de management élevé.

*La planification*

En moyenne, le degré de planification des CHR a été de 0,11. Le niveau de planification médian a été de 18. En d'autres termes, 50% des CHR ont un niveau de planification au moins de 18. On note un faible écart (3,11) entre le niveau de Planification des CHR. Les CHR de Gaoua, Ouahigouya et Fada sont ceux qui ont adopté le plus grand niveau de planification (18) tandis que le CHR de Tenkodogo pratique très peu la planification (10) (tableau 14 et figure 15).

Figure 15 : Niveau de planification des CHR

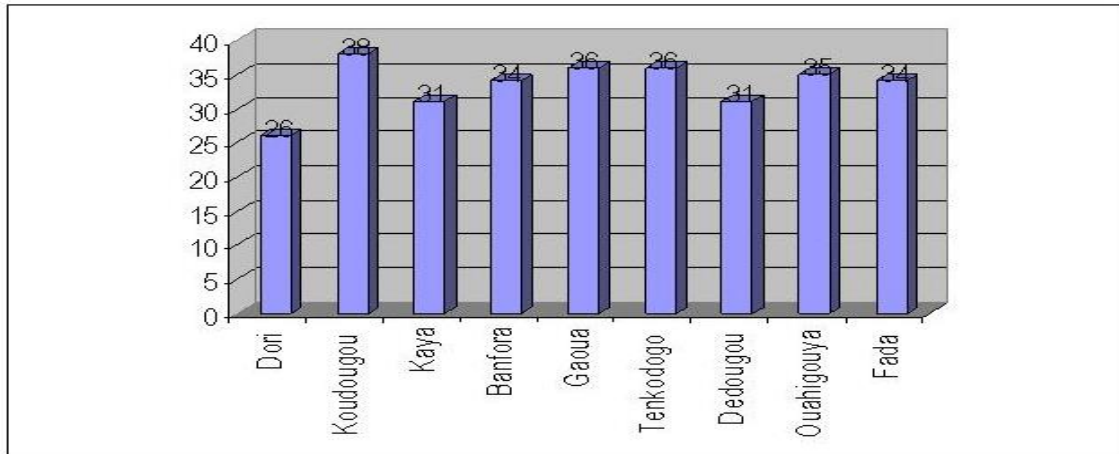


Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

*Organisation*

En moyenne, le degré d'organisation des CHR a été de 0,11. 50% des CHR ont un degré d'organisation de 0,113. On note également un faible écart (0,012) entre le degré d'organisation des CHR. Le CHR de Koudougou s'avère est le mieux organisé avec un niveau d'organisation de 38. Par contre, le CHR qui a la plus faible organisation est celui de Dori (26) (tableau 14 et figure 16).

Figure 16 : Niveau d'organisation des CHR

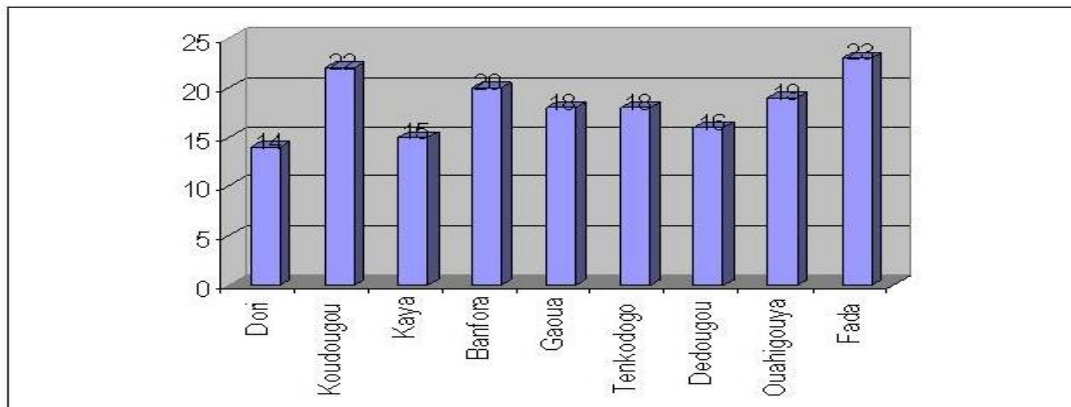


Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

*Leadership*

Le niveau de Leadership des CHR varie entre 14 et 23. En moyenne, le degré de Leadership a été de 0,11 pour un niveau de Leadership médian de 0,109 (50% des CHR ont un niveau d'au moins 0,109). L'écart entre les degrés de Leadership est de 0,0184. Tout comme la planification, le CHR de Fada enregistre le plus grand leadership et celui de Dori le pratique très peu (14) (tableau 14 et figure 17).

Figure 17 : Niveau de leadership des CHR

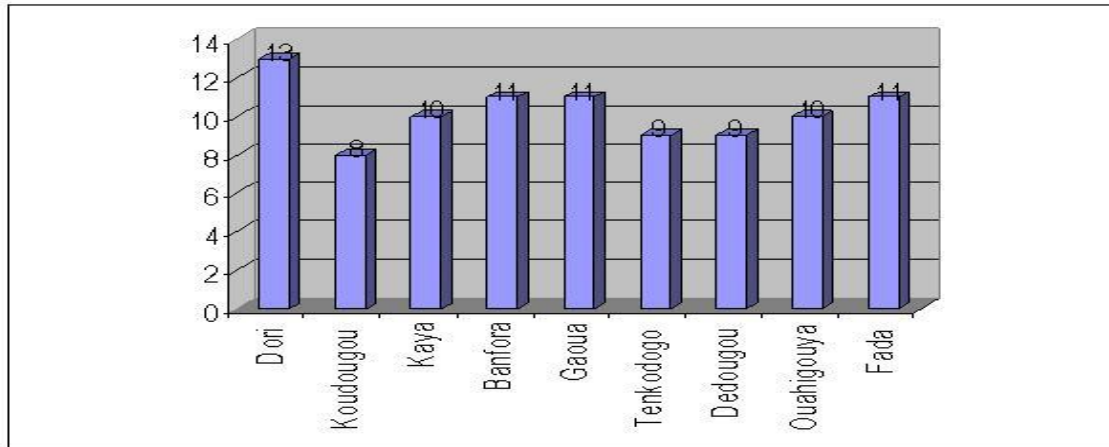


Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

### Le contrôle

Le degré de Contrôle moyen au sein des CHR est de 0,11 et moins de 50% des CHR ont un degré de contrôle de 0,1087. Le plus haut degré de contrôle est pratiqué par le CHR de Dori (13) et plus faible par le CHR de Koudougou (8). Le niveau d'organisation entre les différents CHR est presque le même. En effet, l'écart entre les différents CHR est de 0,0161 (tableau 14 et figure 18).

Figure 18 : Niveau de contrôle des CHR



Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

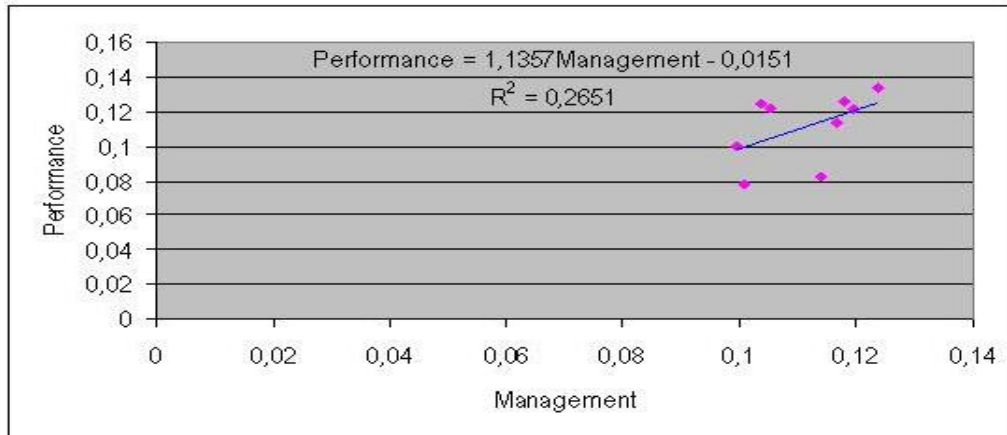
### . La performance

En moyenne, le degré de performance CHR a été de 0,11. Le degré de planification médian a été de 0,1214. En d'autres termes, pour 50% des CHR le niveau de performance est de 0,1214. On note des écarts (0,0199) entre le niveau de performance des CHR. Le CHR Fada est celui qui a le plus grand degré de performance (0,1335) et le CHR Dori est caractérisé par le plus faible degré de performance (0,077) (tableau 14 et figure 7).

### 4.2. Relation entre management et performance

Au terme de notre analyse il ressort que le management a un impact sur la performance des organisations hospitalière. Le management agit de manière positive sur le niveau de la performance. Le carré du coefficient de détermination vaut ici 0,2651, c'est-à-dire que 26,51% de la variation du degré de la performance peut être expliqué avec la variation du niveau du management. Le graphique du nuage de points avec la droite de tendance et le coefficient de détermination( $r$ ) sont indiqués ci-dessous figure 19.

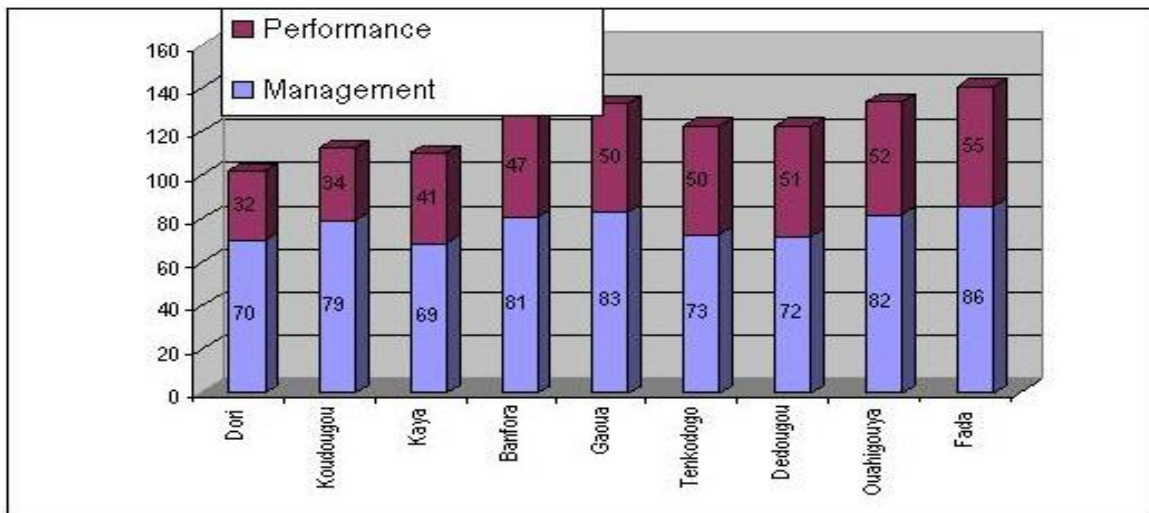
Figure 19 : Relation entre degré de performance et de management



Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

En mettant en relation le niveau de performance et celui de management (figure 19), on note que plus le CHR a un niveau de management élevé, plus il est performant. La figure (20) ci-dessus illustre aussi ce lien entre management performance.

Figure 20 : Relation entre niveau de performance et de management



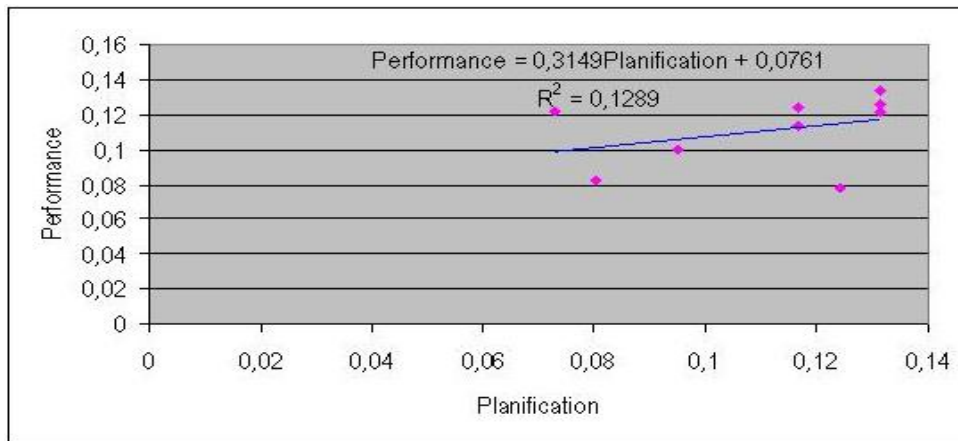
Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

Ces données confirment notre hypothèse de départ qui consistait à dire que le management détermine la performance des hôpitaux. Ce qui nous amène à dire que les bonnes pratiques de management sont des conditions de performance. Cependant il est important de poser la question de l'influence des composantes du management dans la performance des hôpitaux, ce qui nous amène à répondre à nos hypothèses secondaires.

4.2.1. Performance et planification

La droite de tendance avec une pente positive  $b = 0,3149$  montre que la relation entre la performance et la planification est positive, en d'autres termes le niveau de planification agit de manière positive sur le niveau de performance. Le carré du coefficient de détermination vaut ici 0,1289, on peut dire que 12,89% de la variation du niveau de la performance peut être expliquée avec la variation du niveau de planification (figure 21).

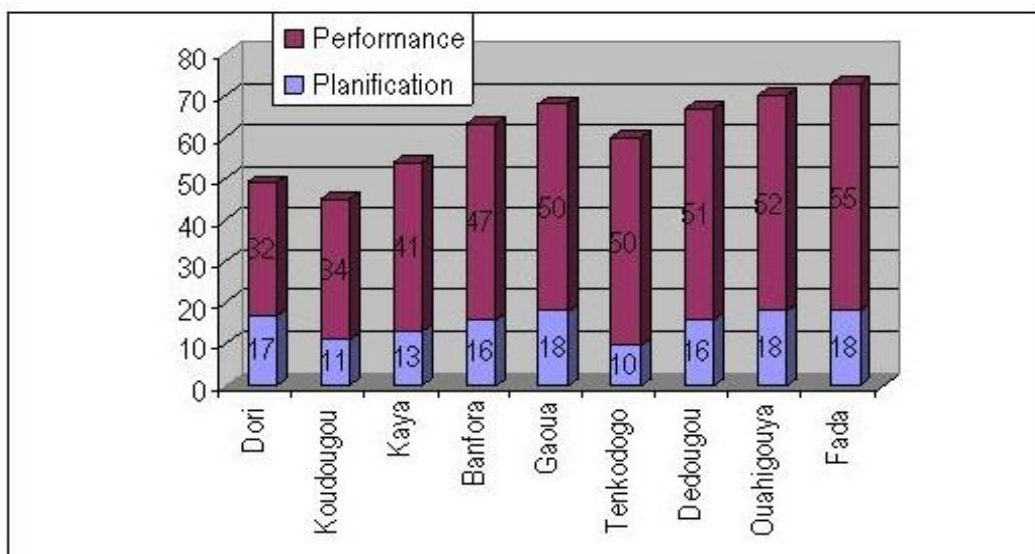
Figure 21 : Relation entre degré de performance et de planification



Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

L'analyse de la courbe de relation entre le niveau de performance et celui de planification (figure 22), montre que les CHR qui ont une meilleure performance sont ceux qui ont le niveau de planification le plus élevé. Le niveau de performance dépend donc positivement du niveau de planification.

Figure 22 : Relation entre niveau de performance et de planification



Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

Le processus du management fait intervenir la planification, l'organisation, le leadership (direction) et le contrôle (suivi, évaluation, audits). Grâce à la planification, la première de ces fonctions, on détermine d'une manière précise les objectifs à atteindre et les mesures à prendre pour y arriver. Dans les hôpitaux un tel processus se déroule en général à travers deux éléments majeurs : la planification stratégique et la planification opérationnelle. La planification stratégique renvoie, dans le contexte des hôpitaux, à la l'élaboration du plan stratégique, matérialisé par le projet d'établissement et le plan d'action qui est l'outil de gestion opérationnel. Selon nos enquêtes 44% des hôpitaux du Burkina Faso possèdent un projet d'établissement et 100% ont un plan d'action annuel attestant que la planification opérationnelle occupe plutôt une place importante dans le management. Ce constat tendrait à dire que d'une part les hôpitaux fonctionnent à vue ou selon un style de gestion très directif, dicté toujours par les instances dirigeantes depuis le ministère de la santé. Et comme le dit l'adage populaire en management « Il n'y a pas de vent favorable pour celui qui ne sait où il va ». Cet adage illustre bien la portée de la planification dans toute organisation. Fayol (1916) [cité par DESSLER et al] considère que les fonctions administratives (prévoyance, organisation, commandement, coordination et contrôle) tiennent la plus grande place dans l'organisation. Dans la perspective de Fayol, le management renvoie à la prévoyance où à la planification qui est à la capacité des structures à anticiper, à voir les problèmes à court, moyen et long terme.

La planification reste donc, du point de vue des auteurs classiques du management un élément clé de facteurs de résultats. Plus l'effort de planification est plus fort, plus grandes sont alors les chances de réaliser des performances; la planification permet en premier lieu de mettre des efforts en commun en indiquant à l'ensemble des membres de l'organisation la direction à suivre. Les hôpitaux publics en connaissant leurs cibles et la façon de l'atteindre sont motivés à coordonner leurs activités, donc à coopérer et à travailler en équipe pour y parvenir.

La planification stratégique sert de base à la planification opérationnelle qui a pour fonction essentielle de prévoir dans les détails ce qui doit être fait, comment, et par qui. Elle est l'une des variables prépondérantes du succès des (09) hôpitaux que nous avons observé. La planification opérationnelle occupe une place importante. En effet, la comparaison des niveaux de planification de chaque hôpital et leur niveau de performance (figure 21), montre que les établissements de santé ayant adopté un fort de degré de planification, sont ceux dont la performance est la plus grande (CHR Fada et CHR Ouahigouya), comme le montre la figure ci-dessus.

La planification joue un rôle central dans le pilotage établissement de santé. D'une part elle assure une meilleure coordination en veillant à ce que chacun des membres de l'organisation exécute ses tâches et tente d'atteindre ses objectifs propres tout en surveillant leur convergence avec les besoins de l'ensemble. Elle oriente l'action des unités de santé vers les résultats, les priorités de l'organisation. Elle améliore la gestion du temps du chef d'équipe avec pour corollaire une meilleur gestion du temps. Toutefois, il est nécessaire de n'est pas perdre de vue la contribution des autres composantes du management dans ce processus gestionnaire. La section suivante nous en dira plus ;

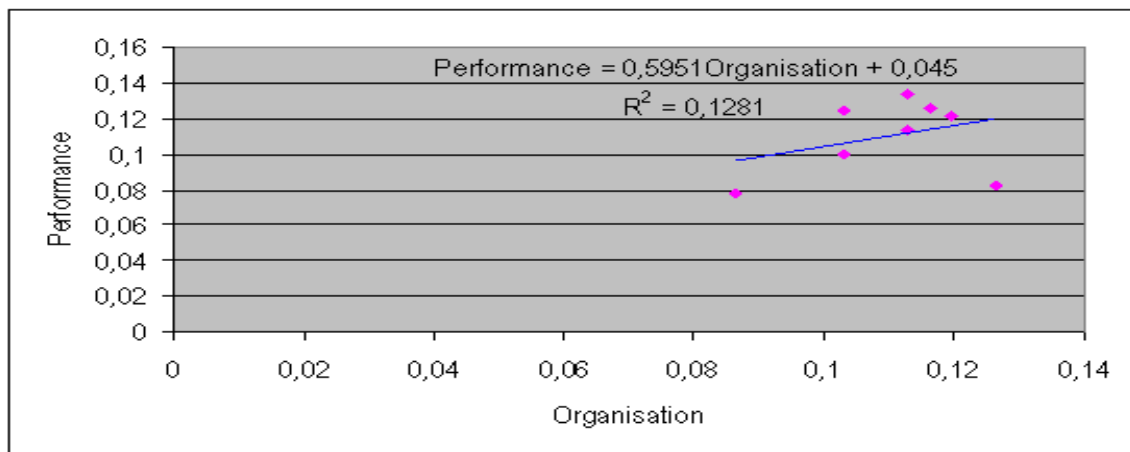
4.2.2. Performance et organisation

La droite de tendance a une pente positive  $b = 0,5951$ . Nous pouvons dire que le niveau d'organisation influence positivement celui de la performance. 12,81% des variations du niveau de performance peuvent être expliquée avec la variation du niveau d'organisation.

Le graphique du nuage de points avec la droite de tendance et le coefficient de détermination( $r$ ) sont indiqués ci-dessous figure 23).

Les résultats obtenus montrent que tout comme la planification, l'organisation est également un élément dans le succès des centres hospitaliers Régionaux.

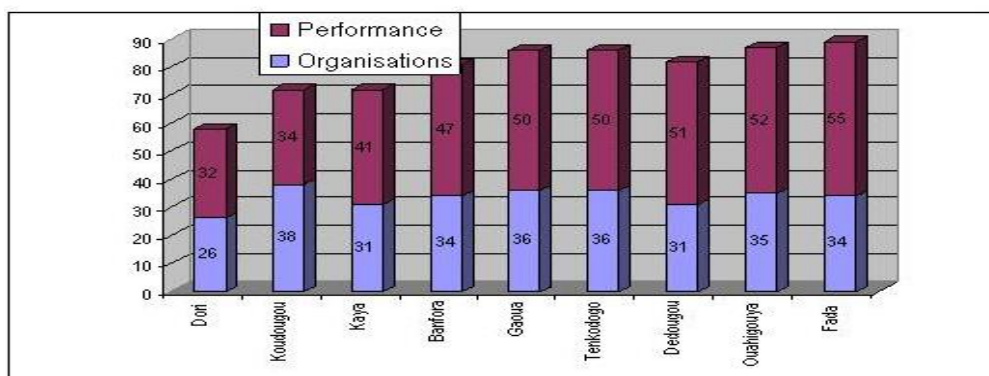
Figure 23 : Relation Organisation et performance



Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

L'analyse de la courbe de relation entre le niveau de performance et celui d'organisation (figure 23), montre que les CHR qui ont une meilleure performance sont ceux qui ont le niveau d'organisation le plus élevé. Le niveau de performance dépend donc positivement du niveau de l'organisation des CHR.

Figure 24 : Relation entre niveau de performance et d'organisation



Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

En effet, l'organisation est une fonction du management qui permet de définir les tâches à accomplir, de les regrouper, d'établir des liens d'autorité, de coopération et d'information qui uniront les hommes entre eux. Dans la plupart des hôpitaux elle se décline à travers trois dimensions : les mécanismes de coordination, l'exercice de l'autorité, la codification des rôles et des fonctions.

L'hôpital est une organisation de production de soins où cohabitent deux types d'acteurs: les professionnels et les gestionnaires. Toute la problématique de l'organisation des établissements de soins consiste à concilier la responsabilité sur la mission de soins et la responsabilité sur une bonne gestion des ressources. Cette dualité est qualifiée par Mintzberg de « bureaucratie professionnelle ». En effet Mintzberg, (1983) dans sa conception de l'organisation identifie cinq composantes de base :

- Le noyau opérationnel qui accomplit le travail de base de l'organisation ;
- Le sommet stratégique est chargé de veiller à la bonne gestion de l'organisation et du bon suivi des missions définies ;
- La ligne hiérarchique qui relie le sommet stratégique au noyau opérationnel ;
- La technostructure qui constitue l'ensemble des acteurs et experts contribuant à l'élaboration des normes de fonctionnement de l'organisation ;
- La fonction de support qui est constituée de d'unités spécialisées fournissant des prestations indispensables à la réalisation du travail du niveau opérationnel ;

A partir de ces principaux éléments Mintzberg dessine cinq grandes configurations organisationnelles qui sont : la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la structure divisionnelle et l'adhocratie. L'application de cette perspective au secteur hospitalier se caractérise par la configuration de type bureaucratie professionnelle. L'analyse de l'hôpital comme une organisation suppose l'appréciation des éléments qui le compose, à savoir une structure, des acteurs, une culture, une stratégie.

Dans la perspective Mintzbergienne, l'hôpital est une structure caractérisée par une forte prédominance des professionnels qui constituent le niveau opérationnel, et qui considèrent l'établissement comme un prestataire de service que plutôt comme une véritable organisation dont ils ne seraient que l'un des rouages. Cette attitude renforce l'autonomie et l'individualisme des services qui s'organisent afin de répondre de manière indépendantes aux missions qui leur sont assignées. Dans le cadre de notre étude le degré d'influence de la fonction organisationnelle dans le management hospitalier tendrait à lui donner une place décisive dans l'atteinte des objectifs. En effet, il représente 43% dans le management. Les acteurs hospitaliers compte tenu de leur emprise sur les résultats globaux de la structure contribue au fonctionnement des services. Leur participation s'avère incontournable dans la mise en œuvre de la stratégie organisationnelle.

La question de la performance du point de vue organisationnelle implique que la configuration de l'hôpital puisse prendre en compte l'ensemble des acteurs qu'ils soient professionnels de santé, administrateurs ou paramédicaux. Cet aménagement s'est concrétisé lors de nos observations à travers l'organigramme formel des établissements de santé. Mais il traduit bien la dualité organisationnelle de la structure hospitalière qui suppose un équilibre de pouvoir entre les professionnels à travers leur



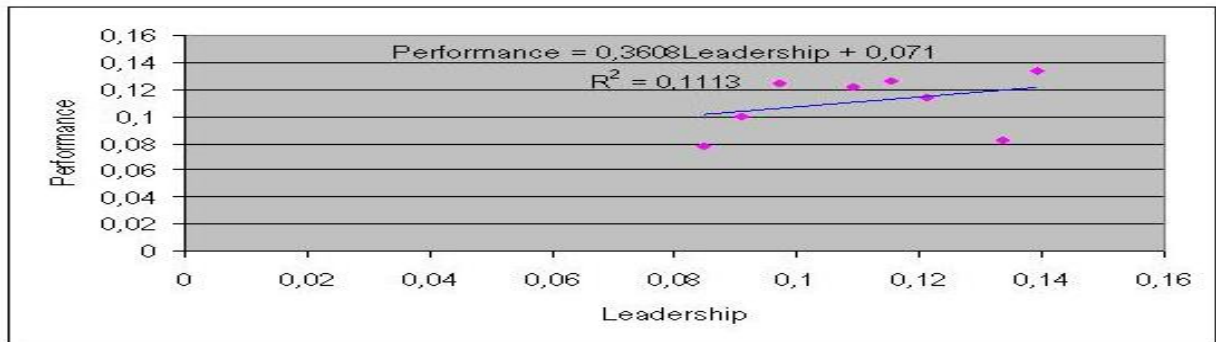
responsabilité sur les résultats de soins et les gestionnaires à travers leur contrôle sur les ressources. Pour faire face à ce défi de décloisonner l'hôpital de ce dualisme, la présence de leader dans les organisations faciliterait leur bon fonctionnement. C'est l'objet de la section suivante.

4.2.3. Performance et leadership

Le graphique du nuage de points avec la droite de tendance et le coefficient de détermination(r) sont indiqués ci-dessous (figure 25).

La droite de tendance a une pente positive  $b = 0,3608$  traduit une relation positive entre la performance et le leadership. Le leadership agit de manière positive sur le niveau de performance. Le carré du coefficient de détermination vaut ici 0,1113, cela signifie que 11,13% de la variation du niveau de performance peut être expliquée avec la variation du niveau de leadership.

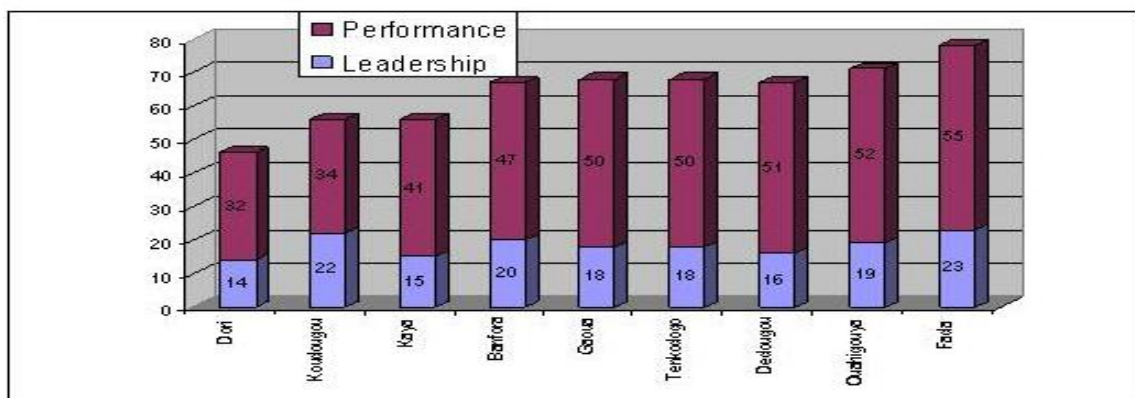
Figure 25 : Relation entre degré de performance et de leadership



Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

La courbe de relation entre le niveau de performance et celui de leadership (figures 25 et 26), montre que les CHR qui ont une meilleure performance sont ceux qui ont le niveau de leadership le plus élevé. Le niveau de performance dépend donc positivement du niveau du leadership.

Figure 26 : Relation entre le niveau de performance et de Leadership



Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

À l'instar des autres déterminants du management, on constate que le leadership joue un rôle prépondérant dans la performance des établissements de santé.

L'efficacité des hôpitaux s'explique par le dynamisme des directeurs généraux et des chefs d'équipes à mener l'équipe vers l'atteinte des objectifs. A travers les enquêtes que nous avons mené nous avons constaté que l'élément cardinal de l'exercice du leadership dans les Etablissements publics de santé (EPS) est la motivation. Dans ces organisations en générales les chefs parviennent à l'adhésion des membres à travers les gratifications diverses (lettre de félicitation, budget de formation de courtes durée, dialogue permanent entre patronat et syndicats etc.). La réussite de certains hôpitaux est alors due à un leadership efficace. Le lien entre efficacité organisationnelle et leadership est donc établi. On retrouve alors une dimension primordiale du management à savoir la capacité à faire adhérer les acteurs de l'établissement aux missions et aux objectifs à travers :

- La mise en place d'outils de motivation tant collective qu'individuelle ;
- La transparence ;
- La participation aux décisions ;
- La valorisation de la créativité.

L'influence des leaders dans la croissance des EPS est confirmée.

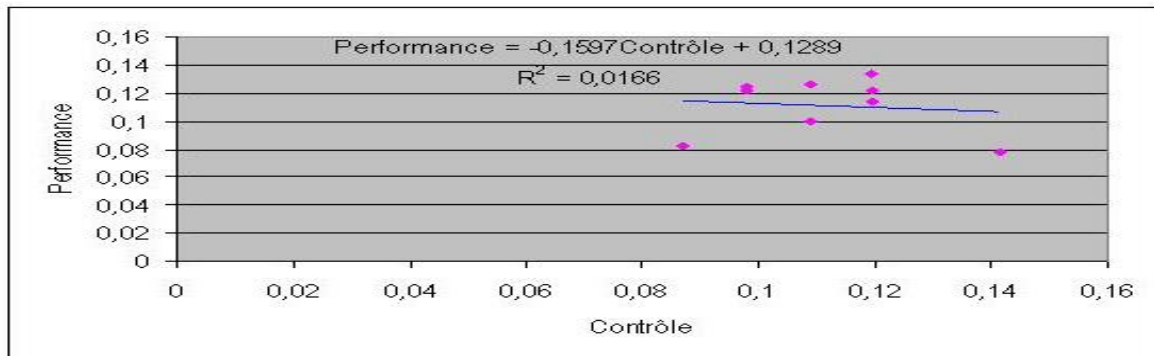
Ceux-ci sont d'autant plus vrai que dans le milieu professionnel tous ont fait l'expérience des cadres exceptionnels et intelligents qui promu à des postes de responsabilité ont donnés de résultats décevants. En revanche, tous connaissent aussi des hommes, dotés de qualités et de compétences intellectuelles qui n'étaient pas remarquables, qui promu à ces mêmes fonctions ont excellé. Combien de fois aussi avons nous entendu dire « ce dont ce pays a besoin c'est un vrai chef, un visionnaire capables de nous rassembler et nous remettre sur le vrai chemin ». Ces faits tendraient à corroborer l'idée selon laquelle la réussite d'une organisation dépend en grande partie du leader, du dirigeant. L'influence du leadership sur la performance donc justifie. Qu'en est il du contrôle.

#### 4.2.4. *Performance et contrôle*

Le graphique du nuage de points avec la droite de tendance et le coefficient de détermination( $r$ ) sont indiqués ci-dessous figure 16).

La droite de tendance a une pente négative  $b = -0,1597$  traduit que la relation entre le management et le contrôle est négative. Le contrôle agit de manière négative sur le niveau de la performance. Le carré du coefficient de détermination vaut ici 0,0166 signifie que 1,66% de la variation du niveau de la performance peut être expliquée avec la variation du niveau de contrôle.

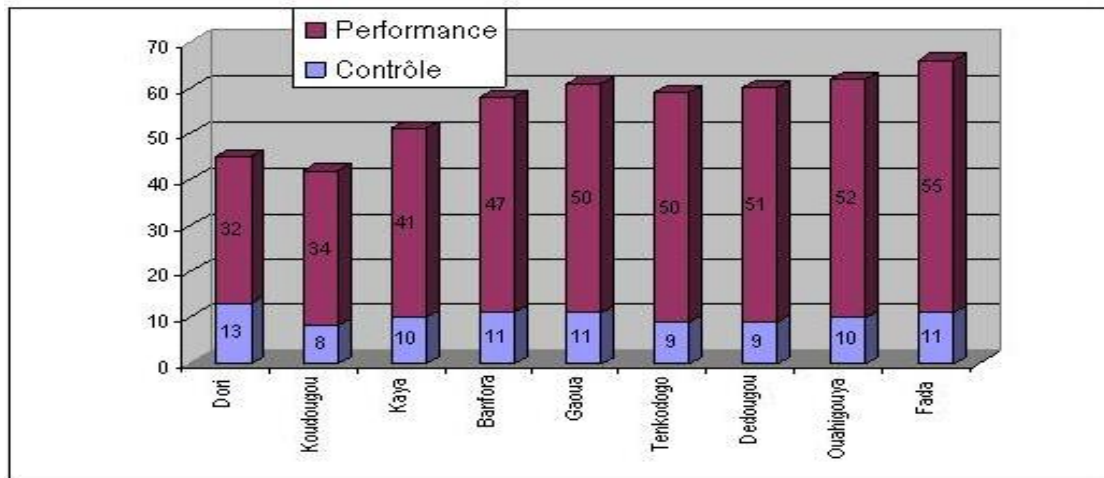
Figure 27 : Relation entre degré de performance et de contrôle



Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

L'analyse de la courbe de relation entre le niveau de performance et celui de contrôle (figure 27 et 28), montre que les CHR qui on une meilleure performance sont ceux qui ont le niveau de contrôle le plus faible. Le niveau de performance est donc influencé négativement par le de contrôle des CHR.

Figure 28 : Relation entre le niveau de performance et de contrôle



Source : l'auteur à partir des données de l'enquête

Le rôle de l'évaluation est de mesurer jusqu'à quel point et avec quelle efficacité les plans et les activités opérationnelles produisent les résultats recherchés. La fonction de contrôle constitue un instrument essentiel à l'appui d'une gestion fondée sur les résultats qui a pour objet de fournir un cadre à une planification et une gestion stratégiques reposant sur les principes de l'amélioration des connaissances et du partage des responsabilités. Qui dit planification réussie dit amélioration de résultat à travers un contrôle continu et efficace. Les données de la figure (28) montrent donc que le contrôle (suivi, évaluation) n'occupe pas une place importante dans la performance des hôpitaux. Ces résultats sont infirmés à travers nos analyses. En effet, l'examen des courbes de contrôle et de

performance, montre une relation négative entre le niveau de suivi et celui de la performance, résultat qui est représenté dans la figure (27). En effet les enquêtes effectuées sur l'ensemble des CHR mettent en exergue l'insuffisance dans les pratiques d'évaluation et de contrôle. Ceux ci nous amènent à identifier trois facteurs qui semblent expliquer la non concordance des phénomènes.

D'une part sur un total de 09 CHR 44% de l'échantillon possède un projet d'établissement, ce qui veut dire qu'il n'y a pas de convergence certaine entre les acteurs sur l'enjeu même de la mesure des résultats. Ensuite il n'y a pas une adéquation certaine entre la planification stratégique et la planification opérationnelle, pas d'étude de satisfaction des patients, encore moins d'études ou de diagnostics en vue de la formulation du projet d'établissement. Aussi les différents types de contrôles effectués ne sont pas de nature à améliorer les pratiques de gestion à l'intérieur des organisations.

#### 4.3. Critiques et limites de l'étude

##### 4.3.1. Critiques

L'objet de ce paragraphe est de présenter quelques critiques et limites de l'étude. Dans un premier temps nous présenterons les critiques, puis dans un second temps les limites de l'étude.

Plusieurs critiques peuvent être faites quant à l'approche utilisée. Les plus importantes sont :

- Il n'existe pas d'unanimité quand aux indicateurs de mesure de la performance. Les indicateurs que nous avons utilisés ne sont pas les seuls. L'usage d'autres approches peuvent infirmer comme confirmer nos résultats ;
- L'approche utilisée est essentiellement quantitative (statistique). Elle peut donc omettre les résultats qui peuvent être obtenus avec une approche qualitative ou économétrique.

##### 4.3.2. Les limites

- La taille de notre échantillon (9 hôpitaux) est faible et ne permet pas de faire des conclusions généralisables ;
- Le manque d'informations sur certaines variables telles que l'environnement peut également causer des biais. Ce manque d'information est dû au fait que les hôpitaux ne disposent pas d'informations justes et fiables sur leur environnement.
- La qualité des données peut aussi influencer sur le traitement des données.

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### 5.1. Conclusions

L'objectif de notre étude était de montrer que le management entraîne la performance des hôpitaux.

Plus spécifiquement, il s'agissait de :

- Démontrer que les fonctions du management (planification organisation, direction, suivi évaluation, contrôle) constituaient les facteurs d'efficacité des hôpitaux ;
- Pour atteindre ces objectifs nous avons procédé à une recherche documentaire qui nous a permis de cerner les concepts de base et d'élaboration des variables indépendantes et dépendantes ;
- Nous avons ensuite élaboré un questionnaire pour collecter des données auprès de l'ensemble des hôpitaux. Les données ont été traitées analysées et interprétées ;
- Il ressort de cette analyse que notre hypothèse principale a été vérifiée. En effet, les résultats ont montré que le niveau de performance des hôpitaux était lié à leur niveau de management.

Ceci nous a permis de conclure qu'il existe une corrélation entre le management et la performance des hôpitaux.

Egalement parmi les facteurs du management, il ressort que la performance est fonction de chacun de ces facteurs (planification, organisation, leadership) mais cela à des degrés divers.

Cependant il faut souligner que tout établissement hospitalier qui veut atteindre un fort niveau de performance doit combiner tous les quatre déterminants et non choisir de se spécialiser dans un seul des déterminants du management. Ceci est confirmé par le cas de hôpital de Fada, qui occupe que le premier rang dans les différents déterminants du management.

### 5.2. Recommandations

Dans le cadre de la mise en œuvre de la performance des hôpitaux deux principales recommandations peuvent être proposées : Il s'agit des recommandations qui concernent les pratiques de management et la création d'une Agence chargée du pilotage de la réforme hospitalière.

#### 5.2.1. *Les pratiques de management*

##### Planification

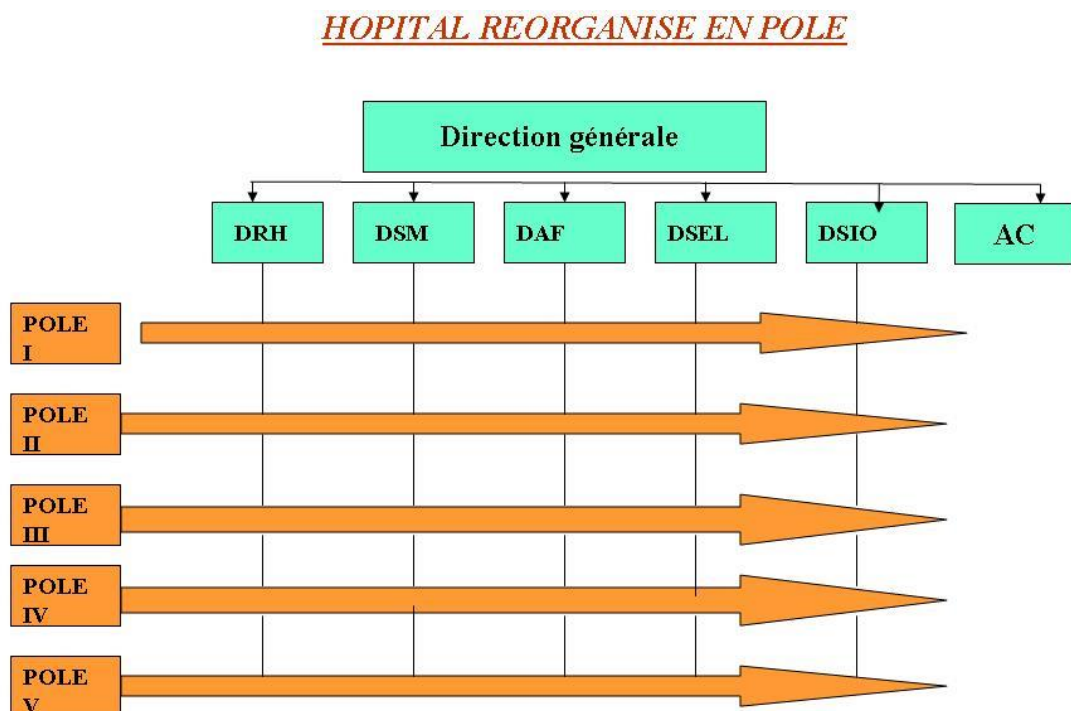
- Il s'agira de veiller à l'élaboration des projets d'établissement qui doit être conduit par le niveau central c'est-à-dire la direction générale de la tutelle des hôpitaux et une Agence chargée de la performance hospitalière.
- La mise en œuvre du projet d'établissement doit faire l'objet d'évaluation à mis parcours en vue de faire les ajustements nécessaire avant son échéance.

- Les plans d'actions annuelles des hôpitaux doivent prendre en compte les programmations du plan stratégique.

### Organisation

- Le ministère de la santé doit veiller à la régularité des rencontres statutaires du conseil d'administration.
- Veillez à l'adéquation entre l'organigramme et la mission des hôpitaux
- Veillez à la réactualisation régulière de l'organigramme pour tenir compte des évolutions de l'activité, des attentes des patients et des personnels, des pratiques professionnelles ou des technologies.
- Veillez à une reconfiguration de la gouvernance interne des hôpitaux en instaurant un système d'organisation en pôle. Confère figure (29). Cette réorganisation vise à répondre à un impératif de management.

Figure 29 : Nouvel organigramme de l'hôpital



Source : Pascal Garel (2008), Fédération hospitalière de France.

### Leadership

- Améliorer les compétences managériales des directeurs d'hôpitaux.
- Revoir les modules de formation des managers hospitaliers de l'Ecole Nationale d'Administration.
- Evaluer périodiquement l'ensemble des hôpitaux du ministère de la santé (notation des hôpitaux).

- Mettre une politique de concertation permanente entre les acteurs internes de l'hôpital.

### Contrôle

- Veiller à la qualité des évaluations externes des hôpitaux.
- Favoriser et inciter des échanges d'expériences entre les hôpitaux du Nord et du Sud (Benchmarking des hôpitaux) d'une part mais aussi entre hôpitaux locaux.
- Evaluations des compétences managériales des directeurs d'hôpitaux.

#### 5.2.2. *Création d'une Agence Chargée de la performance hospitalière*

En vue de rendre ces recommandations plus opérationnelles, nous proposons la création d'une Agence Nationale de Réforme des hôpitaux publics dont les missions se synthétisent comme suite :

**Objectifs général** : Assurer la réforme globale du secteur hospitalier de 2010 à 2015

**Objectif spécifique** : Accroître la performance des hôpitaux à travers une gestion axée sur les résultats.

- *Résultats 1* : Fournir des outils de suivi et de pilotage pour les directeurs (tableaux de bord)
- *Résultats 2* : Diffuser des outils méthodologiques aux établissements publics de santé.
- *Résultats 3* : Fournir des outils d'évaluation des projets des établissements ;
- *Résultats 4* : Aider à définir des politiques de performance
- *Résultats 5* : Diffuser une culture de la performance et de management

### **Stratégie de la mise en œuvre de la réforme hospitalière**

- Accompagnement.
- Appui.
- Formation.
- Mise en place d'outils méthodologiques.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, (CSLP), Edition Ministère de l'Economie et des Finances du Burkina Faso, 2000, site Internet [www. Gov. mef.bf](http://www.Gov.mef.bf)
- CHAABOUNI J. (1992), « le concept de la performance dans la théorie du management : Ambiguïté conceptuelle et potentiel fédérateur ».
- DESSLER. G et al (2004) « la gestion des organisations » Edition électronique : Mardigraf inc, Adaptation française de Philip L.G et al
- GORTNER.F .H et al, « La gestion des organisations publiques »2003 p 84
- Institut National de la Statistique et de la démographie, 2008, Ministère de l'Economie et des finances site web : [www.gov.mef.bf](http://www.gov.mef.bf)
- KAPLAN R. et Norton D. (1998), « Le Tableau prospectif» les Editions d'organisations, Paris
- Loi 08/98 portant réforme hospitalière du Burkina Faso, Edition Journal officiel du Faso
- LORINO .P (1998), « Méthodes et pratiques de performances : le guide de la performance », les éditions d'organisations.
- MIGANI.P ,1983 « Les Systèmes de Management » Edition organisation
- Mintzberg. H, 1982 « Structure et dynamique des organisations »
- Pascal C Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à une difficultés de faire ensemble, thèse de doctorat es sciences de gestion, université Jean Moulin Lyon III, janvier 2000,475 P
- Plan National de Développement Sanitaire, 2000-2010, Edition Ministère de la Santé du Burkina Faso
- Rapport 2004 « l'évaluation de la performance des hôpitaux du Burkina Faso » Edition Direction Générale de la tutelle des hôpitaux et du sous secteur privé.
- Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 1996 (RGPH, 96), Ministère de l'économie et des finances.
- ROODENBEKE.Eric, 2006 « Privatisation des hôpitaux dans les Pays en voie de Développement ? »
- TERRY R .Georges et FRANKLIN G. Stephen. (1985), « Les principes du management », Gestion Economica
- Ribaut Micheline, Aramatario Claude, L'hôpital entreprise pourquoi pas, Paris, Editions Lamarre, 1991.
- Source : adapté de Galland B., Fontaine D., Rasidy K., « Évaluer la viabilité des centres de santé, Guide méthodologique», Fascicule n° 1, *CIDR ReMed*, 1997, pp. 6-7, 33-45.



## **ANNEXE**

Annexes 1 : Questionnaire relatif à l'enquête sur l'impact du management sur la performance hospitalière organisationnelle : cas des hôpitaux publics du Burkina Faso.

Annexe 2 : Masque de saisie pour l'analyse des données.

Etude sur l'impact du Management sur la performance organisationnelle : Cas des hôpitaux du  
BURKINA FASO

Fiche de collecte de données

I- **Données générales des organisations**

REGION SANITAIRE DE.....

Nom de l'organisation / ..... /

Population dessertes.....

Nbre de districts .....

Distance CMA vers les CHR.....

Distance CHR vers CHU.....

Nbre de CSPS.....

**II- Variables dépendantes (critères de performances)**

Item	2004	2005	2006	2007
Taux d'autofinancement				
Taux d'occupation de lits				
Taux de rotation de lits				
Taux de mortalité intra hospitalière				

**III- Variables indépendantes (fonction du management)**

Les données à collecter sont celles de 2007

Si oui = 1

si non=2

**Planification**

Planification stratégique

1. Projet d'établissement disponible (PE).....
- 1.1 Projet médical.....
- 1.2 Projet de soins infirmiers .....
- 1.3 Projet social.....
- 1.4 Projet managérial .....
2. Indicateurs d'évaluation du PE.....
3. Source de vérification.....
4. Evaluation en mis parcours PE .....
5. Existence d'un plan d'action annuel.....
6. Quels types de planification  
Pert .....
- ou gant.....
- ou autres à préciser.....
7. Activités.....
8. Responsables.....
9. Indicateurs.....
10. Périodicité.....
11. Existence d'un système de suivi évaluation/contrôle.....
12. Rapports de suivi évaluations prévues.....
13. Rapport d'évaluation interne prévue.....
14. Rapport d'évaluation externe prévue.....
15. Rapport d'audits prévus.....
- Organisation** .....
- Existence d'un organigramme** .....
1. Président du conseil d'administration nommé (mandant non expiré).....
2. Conseil d'administration nommé (mandant non expiré).....
3. Tenue des réunions statutaires du conseil d'administration.....
- Nbre de délibération/an.....
4. Equipe de coordination
- 4.1 Directeur Général .....
- 4.2 Directeurs et Chefs de Services .....

4.3 Tenue de conseil de directions.....

Nbre/an.....

4.4 Autres cadres de concertations.....

Nbre/an.....

5. Types de service dans l'hôpital

Pédiatrie  Maternité  Chirurgie  Gynéco obstétrique

Pharmacie  Laboratoire  Imagerie médicale  Médecine générale

Service Administratif  services des entrées  services généraux

Urgences médicales  Urgences Chirurgicale  Autres à préciser

**Composition des organes consultatifs**

6. Commission médicale d'établissement.....

7. Comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail.....

8. Cellule de qualité.....

**Disponibilité des ressources humaines**

**10. Service de médecine**

Nbre de médecin spécialiste ..... /...../

Nbre de médecin généraliste ..... /...../

Nbre d'attachés de santé..... /...../

Nbre IDE ..... /...../

Réunion de staff hebdomadaire .....

Nbre de supervisions effectuées par le chef de service..... /...../

**11. Service de chirurgien**

Nbre de médecin spécialiste ..... /...../

Nbre de médecin généraliste ..... /...../

Nbre d'attachés de santé...../...../

Nbre IDE ..... /...../

Réunion de staff hebdomadaire.....

Nbre/an

Nbre de supervisions effectuées par le chef de service..... /...../

Nbre/an ...../...../

### 12. Service de pédiatre

Nbre de médecin spécialiste ..... /...../

Nbre IDE ..... /...../

Nbre de médecin généraliste..... /...../

Nbre d'attaché de santé..... /...../

Réunion de staff hebdomadaire.....

Nbre/an..... /...../

Nbre de supervisions effectuées par le chef de service..... /...../

Nbre/an..... /...../

### 13. Service de gynéco-obstétrique

Nbre de médecin spécialiste..... /...../

Nbre de sage femme..... /...../

Nbre de médecin généraliste..... /...../

Nbre d'attaché de santé..... /...../

Réunion de staff hebdomadaire.....

Nbre/an..... /...../

Nbre de supervisions effectuées par le chef de service

Nbre/an..... /...../

### 14. Laboratoire

Nbre de médecin Biologiste..... /...../

Nbre de technicien de labo..... /...../

Cadre de concertation hebdomadaire .....

Nbre/an...../...../

Nbre de supervisions effectuées par le chef de service/an...../...../

**15. Pharmacie**

Nbre de pharmacien...../...../

Nbre Préparateur d'état..... /...../

Cadre de concertation hebdomadaire .....

Nbre/an...../...../

Nbre de supervisions effectuées par le chef de service ..... /...../

**16. Radiologie**

Nbre de médecin radiologue..... /...../

Nbre de manipulateurs en radiologie..... /...../

Cadre de concertation hebdomadaire .....

Nbre/an ..... /...../

Nbre de supervisions effectuées par le chef de service

Nbre/an ..... /...../

**17. Urgence chirurgicale**

Nbre de médecin spécialiste..... /...../

Nbre IDE..... /...../

Nbre de médecin généraliste..... /...../

Nbre d'attaché de santé..... /...../

Réunion de staff hebdomadaire.....

Nbre/an..... /...../

Nbre de supervisions effectuées par le chef de service..... /...../

Nbre/an..... /...../

**18. Urgence médicale**

Nbre de médecin spécialiste..... /...../

Nbre IDE..... /...../

Nbre de médecin généraliste ..... /...../

Nbre d'attaché de santé...../...../

Réunion de staff hebdomadaire.....

Nbre/an.....

Nbre de supervision effectuées par le chef de service ...../...../

Nbre/an ...../...../

**19. Service administratif**

Nbre d'Administrateur des hôpitaux et des services de santé.../...../

Nbre de gestionnaire des hôpitaux..... /...../

Nbre d'adjoint de cadre hospitalier..... /...../

Cadre de concertation hebdomadaire.....

Nbre/an..... /...../

Nbre de supervisions effectuées par le chef de service..../...../

Nbre/an..... /...../

20. Existence d'une fiche de description des taches et des postes.....

21 Manuel de procédure de gestion administrative et financière

22 Existence de canaux de communication.....

22.1 Téléphone .....

22.2 Fax .....

22.3 Réseau intranet et Internet.....

22.4 Existence de panneaux d'affichage.....

22.5 Existence de bulletin d'information.....

## Leadership

### 1. Profil du Directeur Général

- Economiste de santé.....
- Administrateur des hôpitaux.....
- Médecin.....
- Pharmacien.....
- Autres.....

### 2. Niveau d'étude

- 3eme cycle de l'enseignement.....
- 2 nd cycle .....
- 1<sup>er</sup> cycle.....

3. Nombre d'année d'expérience dans la fonction..... /...../.

4. age..... /...../

5. Existence d'un Système de motivation des agents.....

Si oui préciser le type

Pécuniaire.....

Reconnaissance.....

Lettre de félicitation .....

6 Existence d'un plan de formation continue.....

7. Existence d'un système d'évaluation du personnel.....

8. Rapport d'évaluation de l'année en cour(2007).....

9. Rencontre avec les syndicats .....

10. Nbre/an.....

11. Existence d'un conseil discipline.....

12. Arbre de Noël pour les enfants du personnel/agents de santé.....

## Suivi évaluation

### Types de rapports d'évaluation/suivi/contrôle disponible.

1. Evaluation initiale du PE.....



Nombre.....

2. Evaluation à mis parcours du PE.....

Nombre.....

3. Evaluation externe des activités.....

Nombre.....

4. Existence d'un système de contrôle interne.....

5. Rapport de contrôle interne.....

Nombre.....

6. Rapports d'audits financiers.....

Nombre.....

7. Rapports médicaux.....

Nombre.....

8. Rapports cellule qualité.....

9. Rapports d'évaluations de la satisfaction des usagers.....

Nombre.....

NB :PE Projet d'établissement

MATRICE D'ANALYSE DE LA CORRELATION ENTRE PERFORMANCE ET MANAGEMENT

N°	Variables dépendantes						Variables du management (indépendantes)																														TOTAL DES SCORES EN MANAGEMENT DES HOPITAUX																																																																											
							Planification										Organisation										Leadership						Contrôle																																																																															
CENTRE HOSPITALIER REGIONAUX DU BURKINA FASO	Performance					Score	Projets d'établissement	Indicateurs d'évaluations du PE	Source de vérification	Evaluation en mis parcours du PE	Existence d'un plan d'action annuel	Types de planification utilisés	Activités	Responsables	Indicateurs	Periodicités	adéquation plan d'action PE	Systeme de suivi évaluations	Rapport de suivi évaluations	Rapport de internes	Rapport externes	Rapport d'audits	TOTAL	Présidents du conseil d'administration	Conseil d'administration nommé avec mandat	Tenues des réunions statutaires	Tenues des conseils de directions	Autres cadres de concertations	Types de services dans l'hôpital	Organes de consultations	Nbre de médecin spécialiste	Nbre de médecin généraliste	Existence d'une fiche de description des tâches et des post	Manuels de procédures de gestions financiers et administrat	Existences de canaux de communications	TOTAL	Existence d'un système de motivation pécurinaire	Récompensation	Lettre de félicitation	Existence d'un plan de formation	Existence d'un système d'évaluation du personnel	Rapport d'évaluation de l'année en cours	Rencontre avec les syndicats	Existence d'un conseil de discipline	Arbre de noel pour les enfants du personnel/agents de santé	TOTAL	Types de rapport disponibles	Evaluations initiale du PE	Evaluations à mis parcours	Evaluations externes des activités	Existence d'un système de contrôle	Rapport de contrôle interne	Rapports d'audits financiers	Rapport médicaux	Rapports cellulés de qualités	Rapports d'évaluations de la satisfaction des usagers	TOTAL																																																							
	Score total	<b>60</b>																																																								#	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	<b>31</b>	1	1	3	4	4	6	3	7	6	1	1	5	<b>42</b>	6	1	1	6	1	1	4	1	1	4	2	4	<b>27</b>	1	1	2	6	4	4	4	2	1	<b>25</b>	125	
	H1 Tenkodogo	14	12	12	12																																																					<b>50</b>	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	<b>10</b>	1	1	2	1	1	6	3	5	5	1	1	5	<b>32</b>	6	1	1	4	1	1	0	4	0	0	<b>18</b>	0	0	0	6	1	1	1	0	<b>9</b>	73			
	H2 Ouahigouya	13	11	12	12																																																					<b>52</b>	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	<b>18</b>	1	1	2	4	1	6	3	6	3	1	1	5	<b>34</b>	6	1	0	4	1	1	0	1	0	4	<b>18</b>	1	1	0	6	0	0	1	1	0	<b>10</b>	82		
	H3 Kaya	10	9	10	12																																																					<b>41</b>	3	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	<b>13</b>	1	1	2	1	2	6	2	5	3	1	0	3	<b>27</b>	6	0	1	4	1	0	0	3	0	0	<b>15</b>	0	0	0	6	0	1	0	1	2	<b>10</b>	69		
	H4 Koudougou	10	9	7	8																																																					<b>34</b>	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	<b>11</b>	1	1	2	4	4	6	3	4	5	1	1	5	<b>37</b>	6	0	1	4	0	1	1	4	1	4	<b>22</b>	0	0	0	6	0	1	0	1	0	<b>8</b>	79		
	H5 Dori	9	8	8	7																																																					<b>32</b>	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	<b>17</b>	1	1	2	4	2	6	1	1	2	0	1	4	<b>25</b>	6	1	1	4	0	1	1	4	0	0	<b>18</b>	0	0	2	6	0	1	4	0	0	<b>13</b>	73		
H6 Fada	13	14	14	14	<b>55</b>	5	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	<b>18</b>	1	1	0	4	2	6	3	3	6	1	0	4	<b>31</b>	6	1	1	4	0	1	1	4	1	4	<b>23</b>	0	0	1	6	1	1	0	1	1	<b>11</b>	83																																																							
H8 Banfora	11	12	12	12	<b>47</b>	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	<b>16</b>	1	1	1	4	1	6	3	2	6	1	1	5	<b>32</b>	6	0	0	4	1	1	1	4	0	4	<b>21</b>	0	0	1	6	1	1	1	1	0	<b>11</b>	86																																																							
H7 Dedougou	10	8	8	7	<b>51</b>	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	<b>16</b>	0	1	0	0	1	6	3	3	4	1	1	4	<b>24</b>	6	0	0	4	1	1	1	4	0	0	<b>17</b>	0	0	0	6	0	1	1	1	0	<b>9</b>	72																																																							
H9 Gaoua	10	12	10	8	<b>50</b>	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	<b>18</b>	1	1	1	4	1	6	3	4	4	1	1	3	<b>30</b>	6	1	1	4	1	1	1	3	1	0	<b>19</b>	0	0	1	6	1	1	1	1	0	<b>11</b>	83																																																							

