

**INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DES
ENTREPRISES ET AUTRES ORGANISATIONS
(ISMEO)**

**DIPLÔME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES EN
ADMINISTRATION ET GESTION
(DESS/AG)**

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

THEME:

**EVALUATION DE LA PERFORMANCE
ORGANISATIONNELLE D'UN
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE :
CAS DE L'HÔPITAL PRINCIPAL DE
DAKAR**



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION



**Réalisé par:
Patrice TINE**

Sous la direction de :
☛ **M. Boubacar AW, professeur permanent
au CESAG**
☛ **Mme GAYE, Chef du Service Contrôle de
Gestion et d'Audit Interne de l'Hôpital
Principal de Dakar**

M0093DESAG09

2

AVRIL 2009





**INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DES
ENTREPRISES ET AUTRES ORGANISATIONS
(ISMEO)**

**DIPLÔME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES EN
ADMINISTRATION ET GESTION
(DESS/AG)**

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

THEME:

**EVALUATION DE LA PERFORMANCE
ORGANISATIONNELLE D'UN
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE :
CAS DE L'HÔPITAL PRINCIPAL DE
DAKAR**

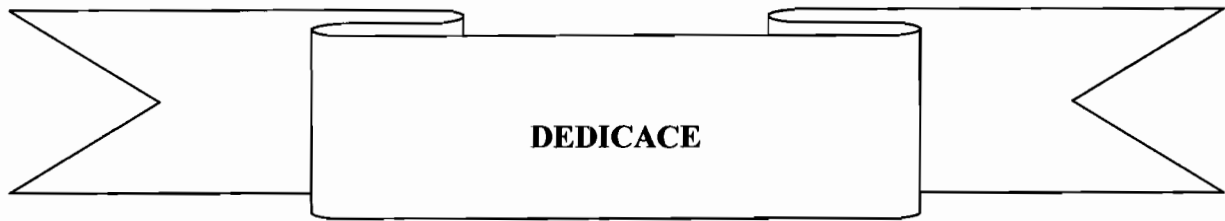


CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

**Réalisé par:
Patrice TINE**

Sous la direction de :
☛ M. Boubacar AW, professeur permanent
au CESAG
☛ Mme GAYE, Chef du Service Contrôle de
Gestion et d'Audit Interne de l'Hôpital
Principal de Dakar

AVRIL 2009



A l'ETERNEL LE TOUT PUISSANT, afin qu'il accepte de me prendre comme médiateur pour proclamer la bonne nouvelle sur cette Terre des hommes.

A mon père Isidore. Boucar et à ma mère Agnès NDIONE, pour leurs efforts consentis en ma personne et qui continuent de prier pour moi pour que je leur fasse honneur.

A mon oncle Etienne NDIONE et à sa femme Hortense NDIONE, pour avoir toujours été à nos côtés durant les moments difficiles, que le Seigneur leur accorde longue vie.

A ma bien-aimée Marie Hélène NDIONE et à notre fille Stella Clémence, que le Seigneur notre Dieu achève ce qu'il a déjà commencé.

A mes camarades du DESAG, que le tout puissant nous donne les moyens de demeurer soudés malgré les distances qui nous séparent, afin de revivre les moments passés durant notre formation au Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion.

A tous ceux qui n'ont jamais cessé de nous encourager durant tout notre cursus scolaire.



REMERCIEMENTS

Je rends grâce à notre Seigneur pour m'avoir permis de réaliser ce document final, fruit d'une collaboration chaleureuse entre mes encadreurs et ma promotion du programme DESAG 2007-2008. Que le Seigneur notre Dieu veille sur vous.

Mon mémoire ne saurait être sans le soutien moral, technique et financier de certaines personnes engagées dans la quête du savoir et de la connaissance par la formation d'excellence et le développement des communautés défavorisées à travers le partage des connaissances.

Mes remerciements vont particulièrement à :

- ‡ Mon père Isidore Boucar, qui a accepté de financer ma formation dans cette prestigieuse école de formation de hauts cadres qu'est le CESAG ;
- ‡ Ma mère Agnès NDIONE, pour son soutien moral, matériel et ses conseils durant toute cette année ;
- ‡ M. Ahmadou TRAORE, Directeur de l'Institut Supérieur de Management des Entreprises et autres Organisations (ISMEO/CESAG) pour ses conseils et orientations, et à tout le personnel de l'institut ;
- ‡ M. Boubacar AW, professeur permanent au CESAG, qui, malgré ses lourdes responsabilités a accepté de m'encadrer et de m'offrir des perspectives de développement professionnel ;
- ‡ Mme GAYE dite Mame Fatou, chef du service Contrôle de Gestion et d'Audit Interne de l'Hôpital Principal de Dakar, pour sa disponibilité durant mon stage, ses encouragements et son soutien matériel ;
- ‡ Tout le personnel du service Contrôle de Gestion de l'hôpital pour leur accueil chaleureux et leur esprit d'ouverture envers ma personne ;
- ‡ Mes frères et sœurs, pour leurs conseils ;
- ‡ M. Philippe DIOUF et à sa femme Caroline NDIONE, pour avoir accepté de me tenir la main durant mes premières années à Dakar.



LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ABC	:	Activity Base Costing
AES	:	Accident avec Exposition au Sang
AFNOR	:	Association Française de Normalisation
BCI	:	Budget Consolidé d'Investissement
CIM	:	Cellule de l'Information Médicale
CA	:	Conseil d'Administration
CDD	:	Contrat à Durée Déterminée
CDI	:	Contrat à Durée Indéterminée
CESAG	:	Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
DIH	:	Direction de l'Information Hospitalière
EPS	:	Etablissement Public de Santé
EPSH	:	Etablissement Public de Santé Hospitalier
FONDEF	:	Fonds de Développement pour la Formation Professionnelle
GRH	:	Gestion des Ressources Humaines
HPD	:	Hôpital Principal de Dakar
IP	:	Indicateur de Performance
KPI	:	Key Performance Indicator
MCL	:	Modèle de Cadre Logique
NTIC	:	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
SAGF	:	Service d'Administration Générale et Financière
SARH	:	Service Administratif des Ressources Humaines
SCGAI	:	Service de Contrôle de Gestion et d'Audit Interne
SI	:	Système d'Information
TI	:	Technologie de l'Information
UNSAS	:	Union Nationale des Syndicats Autonomes du Sénégal

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

	TITRE	PAGE
Tableau 1	Indicateur de la variable expliquée	30
Tableau 2	Indicateurs de la variable explicative capacité organisationnelle	31
Tableau 3	Indicateurs de la variable explicative contexte externe	32
Tableau 4	L'effectif global de l'HPD en 2007	37
Tableau 5	La répartition du personnel par spécialité	38
Tableau 6	Taux de satisfaction et d'insatisfaction des patients suivant différents critères	54
Tableau 7	Récapitulatif du coût des projets d'établissement	55
Tableau 8	comparaison entre le nombre d'actions prévues et le nombre d'actions réalisées	56
Tableau 9	Evolution du taux des frais de formation financés sur fonds propres entre 2004 et 2007	60
Tableau 10	Evolution du nombre de consultations médicales par an	66

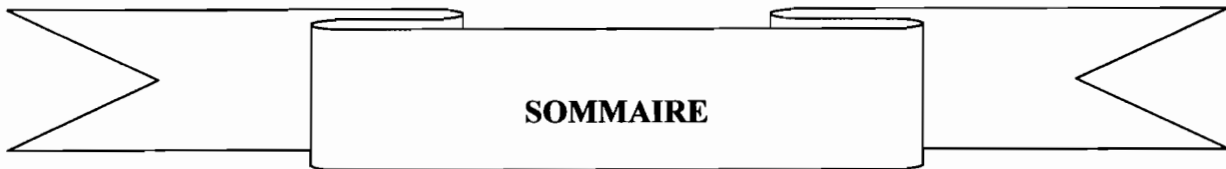
Tableau 11	Evolution du taux des droits constatés entre 2004 et 2007	68
Tableau 12	Evolution de la productivité de la main d'œuvre entre 2004 et 2007	70
Tableau 13	Evolution du nombre d'Accidents avec Exposition au Sang (AES)	74
Tableau 14	Différences entre la radiologie classique et la radiologie numérique	78

Liste des figures

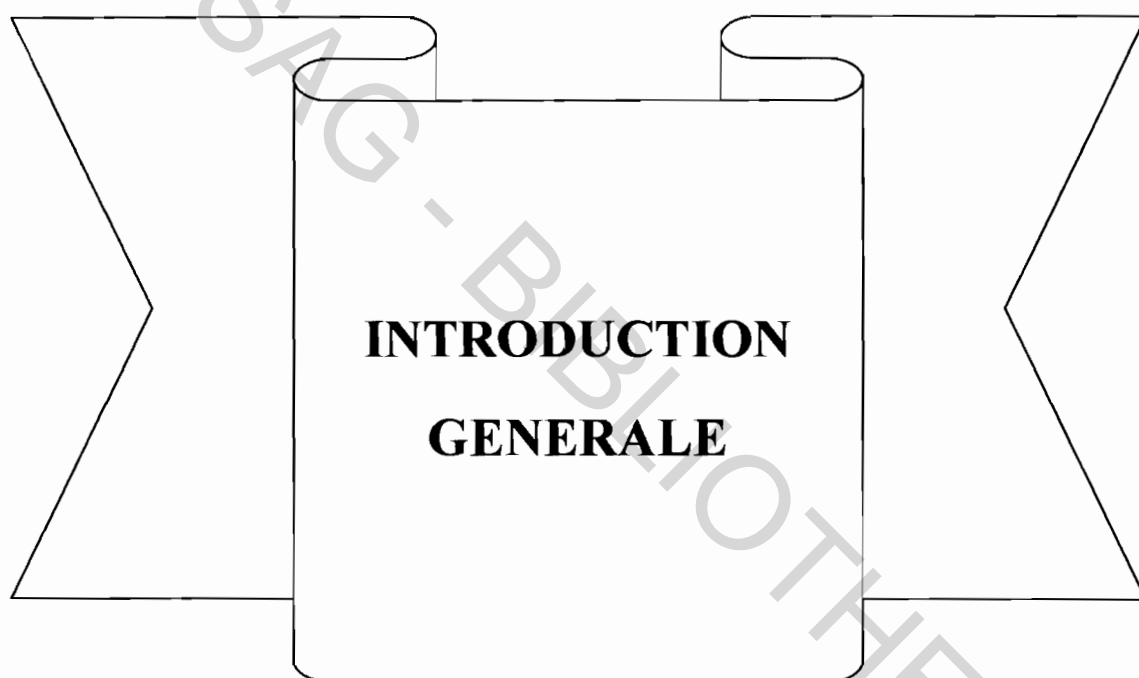
	TITRE	PAGE
Figure 1	Les principaux critères de la performance	26
Figure 2	Les dimensions de la performance organisationnelle	28
Figure 3	Le modèle d'analyse	33
Figure 4	Relation entre la formation et la performance	62

LISTE DES ANNEXES

	Intitulé
ANNEXE N°1	Organigramme de l'Hôpital Principal de Dakar
ANNEXE N°2	Fiche d'identification des besoins en formation
ANNEXE N°3	Les différentes étapes de la mise en œuvre d'un plan de formation
ANNEXE N°4	Le plan de formation de l'année 2008
ANNEXE N°5	Questionnaire administré à la Direction et à certains responsables de service ou de département



INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET CONTEXTE DE L'ETUDE.....	8
CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE.....	8
SECTION 1 : DEFINITION DES PRINCIPAUX CONCEPTS.....	8
SECTION 2 : DEVELOPPEMENTS THEORIQUES SUR L'EVALUATION DE LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE.....	16
CHAPITRE 2 : CONTEXTE DE L'ETUDE.....	34
SECTION 1 : PRESENTATION DE L'HÔPITAL PRINCIPAL DE DAKAR.....	34
DEUXIEME PARTIE: LES PRINCIPAUX POINTS A EVALUER EN MATIERE DE PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE AU SEIN L'HÔPITAL PRINCIPAL DE DAKAR.....	42
CHAPITRE 1 : LA CAPACITE ORGANISATIONNELLE.....	42
SECTION 1 : LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE.....	42
SECTION 2 : LA GESTION DES PROJETS D'ETABLISSEMENT.....	49
SECTION 3 : LE DEVELOPPEMENT ET LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	57
CHAPITRE 2 : LE CONTEXTE EXTERNE.....	65
SECTION 1 : LIENS AVEC LES INTERVENANTS.....	65
SECTION 2 : LE CONTEXTE SOCIAL.....	70
SECTION 3 : LE CONTEXTE TECHNOLOGIQUE.....	74
RECOMMANDATIONS.....	83
CONCLUSION GENERALE.....	86
BIBLIOGRAPHIE.....	88
ANNEXES.....	91
TABLE DES MATIERES.....	92



INTRODUCTION GENERALE

1. CONTEXTE GENERAL

Le XXI^{ème} siècle est caractérisé par des mutations de l'environnement socio-économique telles que la mondialisation des marchés, la déréglementation, la complexité accrue des besoins de la clientèle, le développement des technologies de l'information et de la communication et de l'économie fondée sur le savoir et le capital intellectuel sont autant de phénomènes interdépendants dont l'émergence entraîne de nouveaux enjeux et défis pour les entreprises et les organisations d'une manière générale.

Dans ce contexte économique de plus en plus instable où la concurrence s'accroît, certaines organisations ont érigé la performance comme système de gestion dans le but d'exploiter au mieux leurs ressources. De nombreux facteurs peuvent interférer dans la conduite des projets menant aux objectifs. L'organisation doit être attentive et réactive sur les facteurs externes et internes qui modifient cette conduite vers les objectifs. Ces facteurs, positifs ou négatifs interfèrent dans la performance selon des situations diverses, prévisibles et imprévisibles.

Par conséquent, le dirigeant a dû réagir en mettant en œuvre de nouvelles stratégies et assurer parallèlement un pilotage de l'organisation en adéquation avec les nouveaux objectifs. Dès lors que le dirigeant dispose d'un volant d'autonomie et qu'il est responsable des performances produites de ses activités. Le contrôle de gestion a pour fonction d'aider les dirigeants dans cette tâche de pilotage de l'organisation.

Les dirigeants disposent d'outils permettant d'avoir une vue plus globale de leur organisation. Il existe plusieurs pistes en matière d'évaluation de la performance. Les plus courantes utilisent les notions de stratégie, d'indicateurs de performance et de tableaux de bord spécifiques.

Actuellement comme le révèle la majorité des recherches développées sur ce sujet, on distingue par exemple deux (02) approches concernant les indicateurs de performance : une utilisant les indicateurs quantitatifs et l'autre utilisant les indicateurs qualitatifs.

La nécessité d'avoir de bons indicateurs de performance ou encore un système adéquat devient donc une équation à résoudre. Au-delà de cette difficulté, même si l'utilité des indicateurs ou ratios est évidente, il y a lieu de prendre beaucoup de précautions pour les calculer et les exploiter. Ils sont parfois manipulables et peuvent absorber beaucoup de mauvaise foi et donner lieu à des illusions.

Notre étude sur l'évaluation de la performance est donc à juste titre importante et d'actualité. En effet, la supériorité de la performance comme système de management est de plus en plus admise, même dans les organisations très souvent en marge du développement rapide des concepts et techniques de management.

2. OBJET DE L'ETUDE

A travers cette étude, nous voulons évaluer la performance organisationnelle de l'Hôpital Principal de Dakar en utilisant certains indicateurs clés. Montrer à travers cette analyse que la performance d'une organisation ne se limite pas seulement à sa dimension financière mais aussi elle concerne les autres dimensions telles que les Ressources Humaines, la dimension sociale, la dimension technologique, la dimension client etc. Les indicateurs financiers rendent compte des résultats, des conséquences des actions passées. En se fiant exclusivement aux indicateurs financiers, les organisations favorisaient des comportements à court terme qui sacrifieraient la création de valeur à long terme.

3. PROBLEMATIQUE

La situation préoccupante dans laquelle se trouvent de nombreux hôpitaux d'Afrique subsaharienne est l'objet d'une approche nouvelle de leurs modalités de gestion qui devra les faire passer d'une logique administrative à un mode gestion d'entreprise.

Depuis quelques années, l'Hôpital Principal de Dakar n'a pas procédé à une évaluation de certains aspects de sa performance, bien qu'il soit structuré en départements et en services. Mais certains responsables affirment qu'ils fixent des objectifs aussi bien pour leur service que pour leurs collaborateurs.

L'inexistence de cette évaluation globale des performances au sein de l'Hôpital Principal de Dakar peut entraîner une difficulté d'orientation des comportements et stoppe les processus d'amélioration continue.

Conscients de ces difficultés que vivent les hôpitaux, certains pays d'Afrique comme le Sénégal ont entrepris des réformes hospitalières. Ainsi, l'Assemblée Nationale a voté la loi du 12 février 1998 portant réforme hospitalière. Par conséquent, les hôpitaux réformés passent d'un statut d'organisation administrative à celui, d'un Etablissement Public de Santé Hospitalier devant atteindre les objectifs de performance.

Cette réforme confère essentiellement aux Etablissements Publics de Santé (EPS) une personnalité juridique morale et une autonomie de gestion, elle a pour but d'améliorer les performances des hôpitaux au Sénégal sur le plan de la gestion.

« La recherche d'une performance globale élevée des organisations est une des principales préoccupations de leurs dirigeants. L'évolution des marchés, des technologies, des formes de concurrence, oblige en effet ces responsables à un programme permanent, allant toujours dans le sens d'une meilleure compétitivité et d'une amélioration de la rentabilité des capitaux investis. »¹ (SOURISSE, Claude et KLAYE, François ; 1999 ; 13 p)

Dans le souci d'améliorer la qualité des soins pour répondre aux obligations de performance, la loi sur la réforme hospitalière prévoit la nomination au niveau de chaque Etablissement Public de Santé Hospitalier (HPSH) d'un contrôleur de gestion.

Le contrôle de gestion apparaît comme indispensable au pilotage des EPS. Or, comme outil de pilotage de la performance, le contrôle de gestion aide à recentrer l'hôpital sur les actions qui contribuent le plus à l'atteinte des objectifs de performance. Le contrôle de gestion participant à l'élaboration de la stratégie de l'hôpital dispose d'outils : indicateurs de performance, tableaux de bord qui permettent de mesurer la performance organisationnelle de l'hôpital.

L'Hôpital Principal de Dakar doit évaluer périodiquement certains aspects de sa performance et ceci pour le bien être de ses clients aussi bien internes qu'externes. Cette évaluation permet d'apporter des mesures correctives en cas de dysfonctionnement, afin que les objectifs fixés par la direction générale soient atteints.

Pour cela le contrôle de gestion apparaît comme un outil précieux au pilotage des hôpitaux. Il permet de réduire les incertitudes en accompagnant les processus de décision.

Depuis la réforme hospitalière, le système de contrôle de gestion participe t-il au processus d'évaluation de la performance organisationnelle ?

Nous essayerons de répondre à cette question à travers notre étude sur le thème : « Evaluation de la performance organisationnelle d'un Etablissement Public de Santé : cas de l'Hôpital Principal de Dakar ».

Pour notre étude, nous définirons d'abord certains concepts clés dans la partie théorique pour faciliter la compréhension de ce document puis, au plan pratique nous ferons un diagnostic et une analyse des aspects organisationnels, et externes de l'Hôpital Principal de Dakar.

Nous poursuivons cette étude par des objectifs réalistes et réalisables.

¹ SOURISSE, Claude / KLAYE, François « Management des moyens de production: efficacité, disponibilité, rentabilité » ; Hermès Sciences Publications; 1999 ; 13 p

4. OBJECTIFS DE L'ETUDE

A travers cette étude notre objectif général est d'évaluer la performance organisationnelle de l'Hôpital Principal de Dakar.

A cet objectif nous associons quatre objectifs spécifiques pour nous permettre de mieux orienter le sujet :

- ‡ de montrer qu'un bon système de mesure de performance est un précieux outil d'aide à la performance et au pilotage de l'hôpital permettant d'atteindre les objectifs fixés ;
- ‡ déterminer l'impact de la structure organisationnelle sur la performance de l'hôpital ;
- ‡ analyser les possibilités de la mise au point d'une stratégie ;
- ‡ proposer des solutions.

5. INTERETS DE L'ETUDE

Plusieurs études menées avant nous ont ressorti l'intérêt d'évaluer le niveau de la performance d'un hôpital. La caractéristique de notre étude qui est un mémoire de fin de formation donne à notre travail un caractère attrayant à plusieurs niveaux :

➤ Intérêt personnel

Les nombreuses recherches effectuées tout au long de cette année pour la réussite de notre mémoire de fin de formation nous ont permis de faire un survol presque total tant théorique que pratique des systèmes de mesure de la performance de l'organisation dans plusieurs de ses dimensions.

➤ Intérêt pour l'Hôpital Principal de Dakar

Nous espérons ensuite, que notre engagement dans cette étude, contribuera à l'amélioration du système de mesure de la performance de l'hôpital et qu'elle aidera au pilotage et à la prise de décision.

➤ Intérêt pour le CESAG

Et enfin, nous sommes convaincus que ce document apportera un plus pour les étudiants stagiaires qui souhaitent travailler dans ce domaine et enrichira davantage la bibliothèque du CESAG.

6. LIMITES DE L'ETUDE

La littérature concernant l'évaluation de la performance en organisation est importante. Cependant, elle se concentre généralement sur l'aspect financier de l'organisation. Dans ce cadre destiné à tracer le profil d'un hôpital, la performance globale est considérée comme fonction de l'intersection entre **la capacité organisationnelle de l'hôpital, et son contexte externe.**

La rédaction de notre mémoire présente certaines limites. D'abord, la durée de notre recherche ne nous a pas permis d'évaluer toutes les dimensions de la performance organisationnelle. Cette évaluation demande du temps. Elle nous éclaire sur les façons d'améliorer les performances de l'hôpital. Il est cependant difficile d'évaluer le temps qu'elle devrait prendre car le processus dépend de nombreuses variables : le nombre de questions stratégiques, que nous souhaitons explorer, l'ampleur de ces questions, le type de données dont nous avons besoin et leur accessibilité, et la disponibilité du personnel qui participera au processus.

« Déterminer les indicateurs de performance d'une organisation, n'est toute fois pas une tâche facile, car la performance organisationnelle est un construit social et son évaluation peut être faite à partir de données dont le choix et l'interprétation diffèrent selon le preneur de décision, ses objectifs, son temps, sa sensibilité au risque et sa situation vis-à-vis de l'organisation. »² (MORIN, Estelle ; 1996 ; 61 p). Ces indicateurs doivent être avant tout simples à comprendre, à interpréter, et à exploiter. Ils doivent être à la portée de l'utilisateur et doivent refléter la réalité. C'est à partir de ces indicateurs que nous pourrions apporter notre jugement sur la performance ou non de l'hôpital dans certaines dimensions.

7. METHODOLOGIE

Il s'agit de développer dans cette partie, les méthodes de recherche que nous avons employées afin de parvenir à la résolution de la problématique. Nous exposerons la démarche qui a conduit à nos recherches. Pour aboutir à cette résolution nous avons collecté des informations nécessaires par une approche scientifique et tenterons de faire des analyses constructives.

² MORIN, Estelle « Gestion » ; Vol 21 ; n°3 ; 1996

a. La collecte des données

Notre collecte de données nécessaires s'est faite à partir de la revue documentaire, d'un questionnaire, des entretiens, et des observations au sein de l'hôpital.

➤ La revue documentaire

Durant nos recherches, nous avons trouvé un bon nombre de livres écrits sur le thème de la performance, du tableau de bord et des indicateurs de performance, du management des organisations. Ces informations nous ont permis d'avoir une base dans la rédaction des aspects théoriques du mémoire. Par ailleurs nous avons collecté certains documents écrits sur l'hôpital ce qui nous a permis de le présenter.

➤ Le questionnaire

La construction du questionnaire reprend les dimensions principales à évaluer en matière de performance organisationnelle au sein de l'Hôpital Principal de Dakar. Ce questionnaire nous a permis de mieux orienter le sujet. Il est essentiellement destiné à la Direction de l'Hôpital Principal de Dakar et à certains membres du personnel, plus particulièrement aux chefs de service et de département.

➤ Les entretiens

Des entretiens ont été tenus avec certains responsables de la direction dans le but de compléter, d'approfondir, d'avoir des explications des phénomènes que nous avons pu lire ou observer dans le cadre de notre stage.

« L'objectif des ces entretiens n'était pas seulement question d'établir un « diagnostic » mais aussi et surtout de saisir à travers les discours de chacune des personnes interrogées, comment l'hôpital était organisé pour une exploitation maximale de ses ressources. »³ (QUELIN, Bertrand et ARREGLE, Jean Luc ; 2000 ; 269 p)

Bien que nous ayons voulu rester fidèle à l'esprit des faits qui nous étaient relatés nous reconnaissons que l'une des insuffisances majeures de ce type de collecte de données, réside dans l'interprétation objective et dans l'utilisation des propos de nos interlocuteurs.

➤ L'observation

Plus discrète, elle a eu un apport remarquable. Cependant nous avons pris la peine de confirmer tous les faits observés auprès des personnes concernées afin d'en faire une utilisation.

³ QUELIN Bertrand, ARREGLE Jean Luc « Le management stratégique des compétences » Paris ; Ellipses ; 2000 ; 269 p

b. Les méthodes d'analyse

Nos analyses sont faites à travers des jugements portés sur le fond des informations recueillies (analyse de contenu), sur des descriptions (analyse descriptive) et par des explications (analyse explicative).

➤ Analyse de contenu

Il s'agit de porter une appréciation sur le système de performance de l'Hôpital Principal de Dakar dans son fond. Cette analyse nous permet d'évaluer ce système et d'en déceler les forces et les faiblesses.

➤ Analyse descriptive

Elle porte sur la présentation de l'Hôpital Principal de Dakar et sur l'exploitation des outils de sa performance.

➤ Analyse explicative

Nous nous sommes appuyés sur ce type d'analyse d'une part pour synthétiser et exploiter les données théoriques recensées sur la performance dans la documentation et d'autre part, pour exposer nos positions, notre compréhension et nos recommandations en ce qui concerne l'évaluation de la performance et de son utilisation comme outil de gestion au sein de l'hôpital.


8. PLAN D'ETUDE

Outre l'**introduction** et la **conclusion** ce document sera subdivisé en deux (02) parties essentielles :

- **La première partie** traitera du cadre théorique et du contexte de l'étude. Dans cette partie nous définirons certains concepts pour faciliter la compréhension de ce document et nous terminerons par une présentation de l'Hôpital Principal de Dakar.
- **La deuxième partie** portera sur les principaux points à évaluer en matière de performance organisationnelle. Dans un premier temps nous parlerons de l'évaluation de **la capacité organisationnelle**, et dans un second temps **du contexte externe**.

Les recommandations feront ressortir les actions à mener pour les causes, les avantages par rapport à la performance organisationnelle.

Dans la conclusion, nous ferons un récapitulatif de l'étude, parler de l'apport de l'étude et nous dégagerons les pistes pour des recherches futures.



***PREMIERE PARTIE:
CADRE THEORIQUE
ET CONTEXTE DE
L'ETUDE***

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET CONTEXTE DE L'ETUDE

Dans cette partie, nous définirons certains concepts dans le chapitre 1 pour faciliter la compréhension de ce document. A la fin de ce chapitre, nous ferons ressortir les différents indicateurs de performance utilisés pour évaluer la performance organisationnelle de l'Hôpital Principal de Dakar. Enfin, nous présenterons cet Etablissement Public de Santé dans le chapitre 2.

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE

Ce chapitre est subdivisé en deux (02) sections :

- † Section 1 : définition des principaux concepts ;
- † Section 2 : développements théoriques sur l'évaluation de la performance organisationnelle.

SECTION 1 : DEFINITION DES PRINCIPAUX CONCEPTS

Dans le cadre de notre travail, nous utiliserons plusieurs notions et concepts. Afin que chacun s'y retrouve et que la compréhension soit claire pour tous, nous définirons les concepts utilisés dans ce travail pour les circonscrire.

1.1 Evaluer

« C'est une opération qui consiste à estimer, à apprécier, à porter un jugement de valeur ou à accorder une importance à une personne, à un processus, à un événement, à une institution, à une organisation ou à tout objet à partir d'informations qualitatives et/ou quantitatives et de critères précis en vue d'une prise de décision.»⁴ (LEGENDRE Renald ; 1993-GUERIN / ESKA)

Pour cela la toute première étape est la photo, c'est à dire faire un constat pour exposer les faits bruts, objectifs visibles par tous de la même manière (l'angle d'observation choisi peut varier selon le choix des critères). Deuxièmement, il convient de faire une appréciation. Une fois les symptômes décrits, il est important de porter un diagnostic. Il est alors nécessaire d'énoncer les critères de jugement, c'est-à-dire, les références qui conduisent à considérer tel

⁴ LEGENDRE Renald : Dictionnaire actuel de l'éducation, 1993-GUERIN / ESKA

résultat comme un succès et non comme une banalité. Suite à cette appréciation nous pouvons alors faire certaines recommandations et aider à la décision.

Toute cette procédure n'est d'aucun intérêt si cette évaluation n'est pas justifiée. Cette évaluation a plusieurs buts parmi lesquels nous citons :

- ⊥ fournir des informations pour améliorer une intervention en cours (but formatif) ;
- ⊥ déterminer les effets d'une pratique pour décider s'il faut la maintenir, la transformer de façon importante ou bien de l'arrêter (but sommatif) ;
- ⊥ fournir des informations pouvant servir de base de décision.

Nous distinguons trois (03) types d'évaluations complémentaires et indispensables à la gestion d'un projet d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés par la Direction Générale :

- ⊥ l'évaluation ex ante, est dans la majorité des cas, associée à une étude d'impact, vise à préciser les objectifs du projet. Elle permet de décrire les aspects qui vont être traités, et dresse un échéancier des objectifs ponctuels à atteindre. Elaborée à partir d'un diagnostic exhaustif, elle sert de tableau de bord au gestionnaire. L'étude d'impact portera plus précisément sur les potentiels, retombées d'une politique et s'utilisera surtout dans le cadre de projet ;
- ⊥ l'évaluation à mi-parcours, analyse les premiers résultats et permet de réorienter le cas échéant le projet d'établissement. Elle donne au gestionnaire une vision claire et objective de ses initiatives et implique les différents succès et échecs auxquels il est confronté ;
- ⊥ l'évaluation ex post, dresse un bilan de l'action et définit les forces et faiblesses des projets, afin de préparer la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie. C'est à partir de cette évaluation que le gestionnaire peut concevoir les orientations futures de la structure organisationnelle en raison des impacts réels rencontrés par ses initiatives.

1.2 La structure organisationnelle

Il existe de nombreuses approches de la structure organisationnelle. Pour des raisons de simplicité, nous retiendrons trois définitions :

La structure organisationnelle est définie d'abord comme « un schéma d'organisation de la décision au sein de l'entreprise ou de l'organisation. Cette structure peut être organisée selon

différents schémas, à la fois verticalement (degré de décentralisation) et horizontalement (critère de différenciation des entités les unes par rapport aux autres). »⁵ (GIRAUD, Françoise et Al ; 2002 ; 189 p)

Sur le plan vertical, il faudra par exemple établir si les décisions d'investissements relèvent de la direction du groupe ou si elles incombent aux responsabilités d'entités, si ceux-ci ont tout pouvoir concernant les décisions opérationnelles ou si des services centraux déterminent des orientations communes aux différentes entités (achats, finances, etc.).

Sur le plan horizontal, le principe de base pour différencier les entités les unes des autres est, pour de nombreux théoriciens, de limiter au maximum les dépendances entre entités, en regroupant les dépendances les plus fortes au sein d'une même entité. De ce point de vue, nous distinguerons trois grands types de schémas d'organisation. Ces trois types seront détaillés dans la deuxième partie de notre mémoire.

Ensuite « La structure d'une organisation est la formalisation de la répartition des missions et des fonctions à remplir par cette organisation entre différents sous-ensembles (Directions, Divisions, Départements, Services, Bureaux etc.) définis à cette occasion, et des liaisons entre ces sous-ensembles. »⁶ (ALECIAN, Serge et FOUCHER, Dominique ; 2002 ; 178 p)

La structure regroupe les différents organes et les relations entre eux. En fait, il s'agit de la répartition des tâches, des responsabilités, des pouvoirs et des communications dans l'organisation.

Enfin selon MINTZBERG, la structure d'une organisation peut être définie comme « la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination entre ces tâches. »⁷ (MINTZBERG, Henry ; 2004 ; 188 p)

La division des tâches au sein d'une structure organisationnelle suppose que celles-ci soient ensuite reliées par un ensemble de liens qui peuvent être :

- ↓ des liens hiérarchiques : qui impliquent alors la définition de lien de subordination entre les différents éléments ;

⁵ GIRAUD, Françoise et Al « Contrôle de gestion et pilotage de la performance » ; Paris ; Gualino éditeur ; 2002 ; 189 p

⁶ ALECIAN, Serge et FOUCHER, Dominique « Le management dans le service public » Deuxième édition ; Edition d'organisation ; 2002 ; 178 p

⁷ MINTZBERG, Henry « Le management : voyage au centre des organisations » Deuxième édition ; Edition d'organisation ; 2004 ; 188 p

- ↳ des liens fonctionnels : les divisions d'un élément de la structure doivent pouvoir s'appliquer aux autres éléments dépendants de ce centre de compétence ;
- ↳ des liens de conseil : un élément de la structure peut contribuer au bon fonctionnement d'un autre élément.

La séparation des tâches, préalables à la définition de la structure organisationnelle de l'organisation se traduit par une départementalisation c'est-à-dire par le choix du mode de décomposition des tâches nécessaires à la production. Cette départementalisation peut être fine (tâche par tâche) ou large, c'est-à-dire se limiter à regrouper l'ensemble des tâches nécessaires à la réalisation d'un bien ou d'un service.

Selon MINTZBERG, « ce qui distingue, avant tout une organisation formelle d'un quelconque rassemblement d'hommes, d'une foule, c'est la présence d'un système d'autorité et d'administration, personnifié par un ou plusieurs managers dans une hiérarchie plus ou moins structurée et dont la tâche est d'unir les efforts de tous dans un but donné. »⁸ (MINTZBERG, Henry ; 2004 ; 22 p)

1.3 La stratégie

Selon le Larousse la stratégie est « l'art de coordonner l'action des forces militaires, politiques, économiques et morales impliquées dans la conduite d'un conflit ou dans la préparation de la défense d'une nation ou d'une communauté de nations ». Ce concept très militaire (stratégie veut dire conduite de l'armée) a été depuis un certains temps appliqué à d'autres domaines, et notamment à l'organisation.

Ceci explique que, au début, les différents auteurs sont restés cantonnés dans une définition de la stratégie qui se limitait aux rapports de l'organisation et de son environnement. Aujourd'hui on considère que le champ d'action de la stratégie ne doit pas se limiter à l'extérieur de l'organisation, mais aussi inclure l'intérieur.

On aura à la fois :

- ↳ des stratégies externes, qui définissent le champ d'action de l'organisation avec son environnement (identification du public auquel s'adresse l'organisation, types de relations, intensité de ces relations, domination créée ou subie, coopération envisageable,...) ;

⁸ MINTZBERG, Henry « Le management : voyage au centre des organisations » Deuxième édition ; Edition d'organisation ; 2004 ; 22 p

- ⊥ des stratégies internes, qui s'appliquent aux modes de relation à l'intérieur de l'organisation.

Actuellement ces orientations de l'analyse stratégique sont devenues indissociables et complémentaires.

Aujourd'hui ce concept est utilisé dans le management et prend différentes définitions pour l'organisation. Ainsi :

La stratégie peut être définie comme étant un compromis entre ce que l'organisation cherche à faire, ce qu'elle peut faire, ce qu'elle devrait faire et ce qu'elle est autorisée à faire.

Selon Chandler, économiste et historien, la stratégie consiste à « déterminer les objectifs et les buts à long terme d'une organisation puis à choisir les modes d'action et d'allocations des ressources qui permettront d'atteindre ces mêmes buts et objectifs ». La stratégie va donc, dans un premier temps, se référer à l'ensemble des décisions qui ont une incidence sur le devenir de l'organisation à long terme. Dans un deuxième temps, elle se rapportera à la mobilisation et à l'emploi des ressources nécessaires.

« La stratégie est l'ensemble des décisions et des actions relatives au choix des moyens et à l'articulation des ressources en vue d'atteindre un objectif »⁹ (R.A.Thiéart)

En définitif on peut voir que la stratégie est une allocation de ressources qui s'engage dans le long terme.

Du fait de ces définitions de la stratégie, il apparaît que les décisions d'ordre stratégique reviennent au centre opérationnel de l'hôpital c'est dire à la Direction Générale. La décision stratégique repose alors sur deux (02) piliers :

- ⊥ l'analyse de l'environnement : l'hôpital se positionne dans un marché concurrentiel par rapport à ses concurrents directs et en fonction de l'état du marché (environnement technologique, concurrentiel, social, culturel...);
- ⊥ la connaissance des capacités propres de l'hôpital qui déterminent le champ d'action stratégique possible puisque celui-ci repose sur la mobilisation des ressources disponibles ou sur la recherche de ressources complémentaires (compétences de l'hôpital, ses forces et ses faiblesses).

⁹ M. Réal MBIDA, professeur au CESAG et Chef de département de l'ISMEO « Module de Gestion des Ressources Humaines » ; 2008

1.4 Le contrôle

Le contrôle peut être défini d'une manière générale, comme « une fonction de vigilance dont l'objet est d'assurer que l'utilisation des ressources et les résultats soient conformes aux objectifs de l'entreprise. »¹⁰ (KALIKA, Michel ; 1995 ; 162 p)

Le contrôle effectué par la Direction Générale peut être globale et porter sur l'ensemble de l'hôpital ou bien partiel, sectoriel, c'est-à-dire limité à un sous-système de l'hôpital. Dans le premier cas, il est généralement financier alors que dans le second cas il est plutôt physique.

1.5 La gestion

La gestion est définie comme un processus d'activités, de planification, d'organisation, de leadership et de contrôle visant à atteindre des objectifs fixés grâce à des moyens humains, matériels et financiers. Le terme gestion renvoie fondamentalement à deux (02) niveaux de gestion : niveau stratégique, niveau opérationnel.

La gestion stratégique est définie comme « un moyen pour définir une mission, fixer des objectifs à long terme, arrêter des stratégies, décider des politiques, établir des plans et veiller à leur mise en œuvre ;

La gestion opérationnelle consiste à élaborer des plans à court terme, à préparer des budgets d'exploitation, à planifier le travail quotidien et à veiller à ce qu'il soit bien fait, et si possible de mieux en mieux.»¹¹ (BOISVERT ; 1991 ; 39 p)

Une autre définition allant dans le même sens a été donnée par MARTORY, Bernard et CROZET, Daniel « Gérer, c'est effectuer des choix stratégiques, c'est-à-dire définir des options engageant l'unité à long terme, au niveau des directions générales et du personnel. Elle concerne essentiellement :

- ⊕ la politique d'emploi : choix de niveaux de qualification, substitution capital travail, affectation des hommes ;
- ⊕ la politique de rémunération et d'avantages sociaux ;
- ⊕ l'organisation et la transmission du pouvoir : déterminer et faire respecter les normes régissant l'activité du personnel dans l'organisation.

¹⁰ KALIKA, Michel « Structures d'entreprises : réalités, déterminants, performances » ; Edition Economica ; 1995 ; 162 p

¹¹ BOISVERT, Hugues « le contrôle gestion vers une pratique renouvelée » ; ERPI ; Montréal ; 1991 ; 39 p

Gérer, c'est effectuer des choix tactiques : il s'agit de la prise de décisions quotidiennes, au niveau des responsables décentralisés et en conformité avec les choix stratégiques. Ce seront, par exemple, des décisions d'embauche, de mise sur pied d'une action de formation d'aménagement des postes de travail ; [...] etc. »¹² (MARTORY, Bernard et CROZET, Daniel ; 2003 ; 2 p)

1.6 Le contrôle de gestion

Le contrôle de gestion est difficile à définir, à cause des pratiques diverses au sein des organisations et des conceptions exposées dans les différents ouvrages qui recouvrent des notions variées. Parfois l'expression contrôle de gestion est assimilée à la gestion quand elle est prise au sens large, tantôt au contraire, elle est interprétée d'une manière tellement restrictive qu'elle se limite à la méthode ou à des outils standardisés : c'est-à-dire au calcul des coûts ou à la gestion budgétaire.

Au sens strict, H. Bouquin conçoit que « le contrôle de gestion est formé des processus et des systèmes qui permettent aux dirigeants d'avoir l'assurance que les choix stratégiques et les actions courantes seront, sont et ont été cohérentes notamment grâce au contrôle d'exécution. » Il le réduit donc au contrôle d'exécution et le situe ainsi au niveau de l'encadrement : c'est un contrôle qui cherche à s'interroger sur l'utilisation des moyens compte tenu des objectifs.

Une autre définition allant dans le même sens est celle donnée par GIRAUD, Françoise et Al qui définissent le contrôle de gestion comme étant « une démarche permettant à une organisation de clarifier ses objectifs de performance et d'en piloter la réalisation progressive, en assurant la convergence des actions engagées par les différentes entités de la structure. »¹³ (GIRAUD, Françoise et Al ; 2002 ; 34 p)

Pris au sens large le contrôle de gestion est défini par le Conseil National de la comptabilité de France en 1982 en ces termes : « contrôler la gestion de l'entreprise, c'est maîtriser sa conduite en s'efforçant de prévoir les événements pour s'y préparer avec son équipe et s'adapter à une situation évolutive. » Cette approche fait penser que le contrôle de gestion est le contrôle organisationnel.

¹² MARTORY, Bernard et CROZET, Daniel « Gestion des Ressources Humaines, pilotage social et performances » Paris ; DUNOD ; 2003 ; 2 p

¹³GIRAUD, Françoise et Al « Contrôle de gestion et pilotage de la performance » ; Paris ; Gualino éditeur ; 2002 ; 34 p

L'analyse de ces différentes conceptions du contrôle de gestion montre qu'il doit être appréhendé comme une réalité sociale car à chaque conception de l'organisation correspond en effet une approche particulière du contrôle de gestion.

Mais, pour des raisons liées à la compréhension de la suite et en situant dans la dynamique de contrôle il peut être appréhendé comme **le processus mis en œuvre au sein de l'hôpital pour s'assurer d'une mobilisation efficace et permanente des énergies et des ressources en vue d'atteindre l'objectif que vise cet établissement.**

Cette approche se retrouve d'ailleurs chez Boisvert (1991 ; 30) qui pense que le contrôle de gestion doit être pris au sens de direction, de conduite, de maîtrise, de production d'informations pertinentes nécessaires à la prise de décision en utilisant des outils. Le contrôle de gestion est associé à la mesure, car celle-ci permet d'objectiver les états de gestion et de management à partir desquels les acteurs peuvent conduire des analyses, des décisions et des plans d'action. C'est bien l'objectivation par la mesure qui permet, en amont du processus de pilotage, aux acteurs et aux parties prenantes de s'accorder sur des objectifs de performance tandis qu'en aval de ce processus, elle permet d'assurer le suivi de la mise en œuvre des choix et des décisions stratégiques.

Le contrôle de gestion s'appuie sur une large gamme d'outils dont un certain nombre est désormais institutionnalisé. Le premier d'entre eux est le calcul des coûts, qu'il prenne la forme de la comptabilité analytique classique ou celle de l'analyse par activité ou processus. Le second d'entre eux est la planification stratégique. A cet égard, par sa fonction pivot entre la direction générale et cadres opérationnels, le contrôle de gestion joue un rôle important dans la formulation de la stratégie, dans sa mise en œuvre et dans le contrôle de son application. Le troisième outil qu'il utilise est le système budgétaire avec lequel il anime la procédure budgétaire et le reporting. Le contrôleur de gestion est donc responsable de sa mise en place, de sa cohérence et des analyses qui en découlent. Enfin, il prend en charge les tableaux de bord qui doivent permettre un suivi par exception des réalisations, des performances ou des insuffisances du processus d'exploitation ; de même, il est chargé de l'évaluation de la rentabilité des investissements envisagés et des risques qu'ils peuvent entraîner ainsi que la gestion de leurs budgets qu'ils ont engagés.

SECTION 2 : DEVELOPPEMENTS THEORIQUES SUR L'EVALUATION DE LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE

Dans cette partie nous allons nous appesantir sur la notion de performance organisationnelle et d'indicateurs de performance pour faciliter la compréhension de ce document.

2.1 DEFINITION DE LA PERFORMANCE

La performance est un concept englobant et intégrateur, donc, difficile à définir de façon précise. Selon la majorité des écrits consultés, il existe plusieurs définitions conceptuellement acceptables mais distinctives de la performance selon le domaine touché et le contexte d'utilisation. Comme le souligne Saucier « la notion de performance doit donc, elle aussi, être précisée à chaque fois que l'on veut l'utiliser. »

« La définition de la performance peut se placer sur un continuum portant des considérations les plus opératoires jusqu'aux abstraites. A un pôle du continuum, on peut considérer la performance comme une valeur ajoutée à un état initial (l'amélioration de la qualité du service, l'augmentation de l'achalandage etc.), comme l'atteinte d'un résultat minimum requis ou acceptable (par exemple la survie ou le maintien d'un statu quo) ou comme la réduction du non désirable (la réduction des pertes de temps, des erreurs, des coûts etc.). La performance peut être la réponse au besoin, ni plus (coûteux), ni moins (insuffisant) en termes de quantité, de qualité, de coût et de temps. A l'autre pôle, la performance peut représenter la juxtaposition de l'efficacité, de l'efficacités, du bien d'une organisation, [de la rentabilité, de la profitabilité et de la productivité des personnes]. »¹⁴ (VOYER, Pierre ; 1999 ; 84 p)

Associé souvent au sport, la performance s'est introduite dans le vocabulaire de la gestion avec le développement de la concurrence. La performance est alors définie comme « un résultat remarquable, hors du commun, optimal. On remarque la performance à posteriori, comme un fait accompli, et à priori, comme un objectif à atteindre. »¹⁵ (BOIVERT Hugues, 1995 ; 46 p)

Pour LORINO, Philippe « sera qualifiée de performant l'organisation qui atteindra les objectifs stratégiques qu'elle s'était préalablement fixés. La performance de l'organisation est

¹⁴ VOYER, Pierre « Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance » ; Deuxième Edition ; Presses de l'Université du Québec ; 1999 ; 84 p

¹⁵ BOIVERT, Hugues « La comptabilité de management » ; Edition du Renouveau Pédagogique; 1995; 46 p

fondée sur la compréhension et la maîtrise collective des processus d'action et des compétences organisationnelles. La performance renvoie à tout ce qui contribue à atteindre les objectifs stratégiques. »¹⁶ (LORINO. P ; 2003)

La performance doit être mesurée pour apprécier l'hôpital. Elle doit être appréciée par rapport aux objectifs fixés par les dirigeants et les stratégies adoptées suivant les nécessités concurrentielles. Ceci permettra de mieux orienter la conduite de l'hôpital. Par conséquent quelque soit le secteur d'activité ou le type de structure, l'évaluation de la performance à l'aide d'outils et d'indicateurs appropriés est aujourd'hui une nécessité cruciale pour les hôpitaux qui se veulent pérennes.

2.2 NECESSITE ET BUT DE L'EVALUATION DE LA PERFORMANCE

La mesure de la performance est fondamentale à tout système organisationnel où l'on veut baliser, suivre et évaluer la progression vers des objectifs. Comme la mesure de la performance représente, pour plusieurs hôpitaux, un changement radical et peut occasionner un choc culturel majeur, il est impérieux de bien cerner la complexité d'un tel changement, ses limites et ses enjeux. Une réflexion sur la mesure de la performance doit précéder le développement de système de mesure, sinon leur raison d'être sera toujours remise en question et leur résultat aléatoire.

La mesure de la performance aide l'hôpital à suivre et à comprendre sa progression vers ses objectifs, à communiquer l'avancement du changement, à préciser la réussite et l'échec, à définir les stratégies futures, à établir des balises et à démontrer la valeur ajoutée contributive des individus.

Malgré les limites de la mesure rigoureuse de la performance, plusieurs raisons militent en sa faveur. En plus de fournir des balises de référence et des résultats, elle rend plus crédible les évaluations qui en sont tirées. En outre, elle attire l'attention des employés et est perçue, par plusieurs auteurs comme un stimulus à l'amélioration, un outil dynamique d'amélioration continue.

¹⁶ LORINO, Philippe « Méthodes et pratiques de la performance : le pilotage par les processus et les compétences » ; Paris ; Edition d'Organisation ; 2003

2.3 FACTEURS DETERMINANTS DE LA PERFORMANCE

Plusieurs facteurs interviennent dans l'atteinte des objectifs d'un hôpital c'est-à-dire dans l'amélioration de sa performance. Parmi ces facteurs nous pouvons citer : le style de management, les moyens humains, la compétence, la technologie.

2.3.1 Le style de management

Le style de management représente une série d'attitudes et de comportements cohérents et non un type de personnalité. C'est aussi l'ensemble des valeurs que développent les dirigeants dans la conduite de l'hôpital. Les valeurs occupent une place de choix dans les facteurs déterminants de la performance en ce sens que l'image et la notoriété de l'hôpital sont associées à ses dirigeants.

Ainsi les dirigeants ont pour rôle essentiel de fournir aux processus des personnes de plus en plus compétentes et motivées, ce qui implique :

- fournir les compétences, c'est-à-dire prévoir les besoins de recrutement, prévoir les programmes individuels de formation ;
- guider et conseiller les personnes dans le développement de leurs compétences ;
- participer à l'affectation des personnes ;
- aider les personnes à progresser et à résoudre les problèmes qu'elles peuvent rencontrer dans leurs affectations.

Selon le modèle de J.BLAKE et de R.MOUTON nous identifions cinq (05) styles de management :

- ⊕ « le style (9,1) : le style autocratique caractérisé par un fort intérêt pour la tâche et un faible intérêt pour les relations humaines ;
- ⊕ le style (1,9) : ou style assistant social, caractérisé par un faible intérêt pour la tâche et un fort intérêt pour les relations humaines ;
- ⊕ le style (1,1) ou style anémique, caractérisé par un faible intérêt pour la tâche et un faible intérêt pour les relations humaines ;
- ⊕ le style (5,5) ou gestion de type intermédiaire caractérisé par un intérêt moyen pour la tâche et un intérêt moyen pour les relations humaines ;

↳ le style (9,9) ou style démocratique, caractérisé par un fort intérêt pour la tâche et un fort intérêt pour les relations humaines. »¹⁷

Jusqu'à ces dernières années beaucoup de chercheurs répondaient par l'affirmative, à la question : « existe-t-il un style idéal de management ? » et ceci au bénéfice du style démocratique. Pourtant Friedler, considère qu'il n'existe pas de style de management qui, par nature, soit meilleur que les autres et le bon dirigeant est celui dont les méthodes de commandements sont cohérentes avec sa personnalité, avec les attentes de ses collaborateurs et avec l'environnement dans lequel son organisation évolue.

2.3.2 Les moyens humains

Les hommes sont au cœur de la productivité. La gestion des talents, des compétences, du leadership distribué par un management décentralisé, l'association des collaborateurs, la motivation sans cesse renouvelée sont autant d'éléments qui font du capital humain l'un des premiers facteurs déterminants d'un management en quête perpétuel de performance.

2.3.3 La compétence

« Autrefois centrée sur le savoir et le savoir-faire d'une personne, cette valeur est aujourd'hui comprise dans un sens beaucoup plus large et plus ouvert. En plus des aptitudes relatives aux savoirs la compétence recouvre aujourd'hui les attitudes et les comportements des personnes face aux diverses situations (changement notamment) ainsi que leur professionnalisme, leur aptitude à communiquer, leur esprit d'initiative et leur sens des responsabilités. »¹⁸ (SOURISSE, Claude et KLAYE, François ; 1999 ; 235 p)

Au sein d'un hôpital ce concept est d'une importance capitale, car c'est là que réside sa véritable richesse. La performance ne dépend ni de l'importance de son effectif, ni de son parc de machines, mais de l'aptitude de son personnel à apporter une grande valeur ajoutée à ses activités, dans un contexte de qualité totale.

¹⁷ M. LO, Abdou Karim, formateur en management des organisations ; Module comportement au sein des organisations ; 2008

¹⁸ SOURISSE, Claude et KLAYE, François « Management des moyens de production: efficacité, disponibilité, rentabilité » ; Hermès Sciences Publications ; 1999 ; 235 p

2.3.4 La technologie

« La technologie est l'ensemble des savoirs, des techniques, des méthodes et des outils qui apportent les supports nécessaires à la mise en œuvre des activités et au déroulement des processus des connaissances. »¹⁹ (BOUGHZALA, Imed et ERMINE, Jean-Louis ; 2004; 46 p)
Face à un environnement instable et concurrentiel la plupart des hôpitaux ont tendance à développer cette dimension technologique dans le but d'améliorer la qualité des services.

2.4 DEFINITION D'UN INDICATEUR DE PERFORMANCE

L'évaluation de la performance organisationnelle s'est faite grâce à certains indicateurs de performance. Selon VOYER, Pierre, « un indicateur est un élément ou un ensemble d'éléments d'information significative, un indice représentatif, une statistique ciblée et contextualisée selon une préoccupation de mesure, résultant de la collecte de données sur un état, sur la manifestation observable d'un phénomène ou sur un élément lié au fonctionnement d'une organisation. »²⁰ (VOYER, Pierre ; 1999 ; 61 p)

« Un indicateur est un élément dans un système d'évaluation parce qu'il représente ce qu'on mesure durant les missions de suivi et évaluation. Il fournit les preuves ou les signes d'un changement. »²¹ (ESMEL, Beugré Jean-Paul ; 2007 ; 13 p)

Dans la terminologie d'entreprise un indicateur de performance clé ou Key Performance Indicator (KPI) en anglais est une mesure quantifiable des performances d'une activité. Un KPI est fréquemment évalué dans le temps. Le service financier peut utiliser la valeur ajoutée comme KPI, alors que le service des Ressources Humaines de l'organisation peut utiliser la rotation trimestrielle des employés. Chacun est un exemple de KPI. Les décideurs utilisent fréquemment des KPI qui sont regroupés dans un tableau de bord de l'hôpital pour obtenir une synthèse historique, rapide et précise de l'activité.

De bons indicateurs de performance doivent être clairs et compréhensibles par tous. Ils peuvent soit mesurer ou compter les résultats, soit utiliser des mots décrivant ce que les gens

¹⁹ BOUGHZALA, Imed et ERMINE, Jean-Louis « Management des connaissances en entreprise »; Editeur Hermès; 2004 ; 46 p

²⁰ VOYER, Pierre « Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance » ; Deuxième Edition ; Presses de l'Université du Québec ; 1999 ; 61 p

²¹ ESMEL, Beugré Jean-Paul « Impact des indicateurs qualitatifs et prise en compte des services non financiers dans la performance d'un système de Suivi /Evaluation : cas du PROMER PHASE 2-Sénégal » ; CESAG ; DESAG 2007 ; 13 p

ressentent et pensent des changements. Cependant pour mesurer l'impact d'un indicateur, nous avons besoin d'un point de départ ou une « base » qui permet de comprendre la situation avant le démarrage de toute activité ou après la dernière évaluation de l'hôpital. Sans cette connaissance de base, il sera difficile d'évaluer l'impact d'une action.

Comme déjà énoncé, plusieurs indicateurs seront utilisés pour évaluer la performance organisationnelle de l'Hôpital Principal de Dakar.

2.5 LES DIFFERENTS INDICATEURS DE PERFORMANCE

Pour une meilleure compréhension de ce document nous distinguerons deux (02) types d'indicateurs de performance :

- † les indicateurs quantitatifs : ils sont identifiés à l'obtention d'un résultat mesurable, ce qui nécessite un traitement quantitatif pour être valable : décompte, volume de réalisations etc. Ces indicateurs sont exprimés en chiffre et répondent à la question « combien » ou « pour combien » ;
- † les indicateurs qualitatifs : certaines informations sont plus faciles à acquérir ou ont plus de valeur sous forme qualitative, par exemple la qualification d'observations directes. Ce type d'information qui peut être mesuré à la limite considéré comme un indicateur, sert à ajouter à la mesure des considérations importantes dans le cas où la qualification est difficile ou lorsque le développement ou l'appréciation de l'outil de mesure demande trop d'effort. Les indicateurs qualitatifs mesurent le changement d'attitudes et répondent à la question « comment ».

2.6 UTILITE D'UN INDICATEUR DE PERFORMANCE

Afin de progresser sur le chemin de l'amélioration, de bons indicateurs de performance seront en mesure d'offrir des informations qui permettront d'établir une évaluation. Ces mesures serviront à établir la situation actuelle de l'Hôpital Principal de Dakar. Elles permettront d'identifier ses forces et ses faiblesses ainsi que les endroits où il est important d'intervenir afin de rendre l'hôpital plus performant. Ces mêmes mesures serviront aussi de point de départ afin de mesurer les progrès de l'hôpital. En ayant des buts et des objectifs clairs, les indicateurs de performance pourront servir à faire le suivi et connaître les impacts des mesures correctives qui auront été instaurées afin d'améliorer la performance de l'hôpital.

Les indicateurs de performance vont être d'une grande aide dans l'établissement des stratégies et plans d'action à l'intérieur de l'hôpital. Cet outil devrait aussi assurer la motivation des employés en encourageant et en récompensant les comportements que l'hôpital désire obtenir de ses employés.

Les indicateurs sont constitués à partir de certaines données tirées du grand ensemble d'informations existantes, ils ne remplacent pas la production régulière d'informations de gestion détaillée, mais en sont plutôt un sous-ensemble sélectionné d'éléments informatifs perçus, traités et présentés dans une optique de gestion d'où le terme général d'indicateur de gestion.

Globalement, les indicateurs de performance ont un rôle important à jouer dans tous les hôpitaux. Cependant ces indicateurs doivent présenter des critères de performance afin de réduire la marge d'erreurs lors de l'évaluation.

2.7 LES CRITERES D'UN BON INDICATEUR DE PERFORMANCE

D'une manière générale, un bon indicateur de mesure de performance doit respecter certains critères pour s'assurer de la valeur optimale et de sa maturité. Ils peuvent être regroupés en quatre (04) volets : sa pertinence, la qualité et la précision de sa mesure, sa faisabilité et sa convivialité d'interprétation et d'utilisation.

2.7.1 La pertinence

La pertinence d'un indicateur tient compte de son caractère significatif dans la mesure du phénomène ou de la situation. Par conséquent, il est important dans l'élaboration du système de performance que l'indicateur choisi soit adapté à la spécificité de l'activité et aux objectifs poursuivis par l'objet.

2.7.2 La qualité et la précision de sa mesure

L'indicateur doit posséder certaines caractéristiques intrinsèques : la précision de sa forme, la clarté et la précision de sa formulation et sa qualité théorique. C'est pourquoi son élaboration doit être accompagnée de beaucoup d'attention par une expression claire de sa formule ou de son modèle conceptuel. En outre, il doit être assez sensible pour faire ressortir toute variation

significative de l'objet de mesure et assez homogène dans le temps et dans l'espace pour permettre la comparaison.

➤ **La spécificité et la focalisation** : les indicateurs doivent être structurés de façon à cerner l'objet de la mesure, à bien décoder la situation dans le bon registre (dans les bonnes dimensions et au bon niveau, avec une sensibilité adéquate, c'est-à-dire un degré de réponse correspondant aux variations et aux seuils critiques de l'objet mesuré), à l'utiliser dans le bon référentiel, dans le bon contexte décisionnel.

➤ **La fiabilité** : la fiabilité d'un indicateur est sa capacité de mesurer fidèlement un phénomène, c'est-à-dire trop de variation aléatoire. Par définition, l'appréciation de la fiabilité repose sur la répétition de l'opération de mesure et sur la comparaison des résultats obtenus.

En faisant l'hypothèse que l'objet d'observation est très stable, les différentes mesures que l'on peut en faire devraient être similaires d'une observation à une autre si la mesure est fiable. Un indicateur est d'autant plus fiable que les erreurs aléatoires et transitoires sont faibles par rapport à la variance des phénomènes mesurés.

Il faut remarquer qu'un indicateur qui est faussé de façon systématique (biaisé) peut quand même être parfaitement fiable (mais manquer de validité). Par contre, la fiabilité est une condition nécessaire mais non suffisante de validité. Pour être valide, un instrument doit être fiable.

La fiabilité suppose que l'indicateur possède des spécifications explicites et détaillées en ce qui a trait au numérateur et au dénominateur et que les énoncés des exigences touchant la collecte de données soient compréhensibles et que celles-ci peuvent être mises en œuvre. La fiabilité est également améliorée lorsque la mesure repose le moins possible sur un jugement subjectif.

➤ **La qualité méthodologique** : l'indicateur doit être le plus objectif possible, difficile à biaiser, fiable et homogène.

2.7.3 La faisabilité

Un indicateur peut prendre diverses formes selon la nature des significations qui contribuent à sa construction. Pour permettre sa comparaison à un référentiel donné, il convient que l'indicateur ait une formule invariable qu'il soit constant dans sa définition et que les sources d'informations qui permettent son calcul soient invariables.

Le développement théorique qui sous-tend ce concept de faisabilité n'a pas atteint un degré de cristallisation semblable à celui de fiabilité. La faisabilité se définit globalement comme la capacité d'un indicateur à mesurer le phénomène étudié, c'est-à-dire l'adéquation entre les variables retenues et le concept théorique à mesurer. Cette adéquation ne peut être mesurée directement à l'aide d'une formule mathématique donnant un coefficient unique et général d'appréciation de validité. Par conséquent l'évaluation de la validité d'un indicateur est plus complexe que l'évaluation de sa fiabilité.

2.7.4 La convivialité d'interprétation et d'utilisation

Les indicateurs de performance sont élaborés à partir d'informations précises et livrent aussi des informations de gestion. La mise en place demande donc de disposer de l'information nécessaire, ce qui faciliterait son élaboration et permettrait qu'il soit disponible au moment voulu par tous ses utilisateurs. L'information délivrée par l'indicateur doit être facilement compréhensible par sa simplicité et susciter une interprétation logique.

2.8 CRITERES DE LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE

La performance d'une organisation peut être évaluée à travers plusieurs notions. Il s'agit de l'efficacité, de l'efficience, et de la pertinence.

2.8.1 L'efficacité

Granstedt la définit comme « l'aptitude d'une connaissance spécifique à modifier une situation de travail dont le maintien constitue un obstacle. »²² (JACOT, Jacques-Henri et Jean-MICAELLI, Pierre ; 1999 ; 24 p)

L'efficacité peut être orientée vers l'intérieur ou vers l'extérieur de l'unité. L'efficacité interne est liée à la capacité de l'organisation à atteindre le résultat attendu d'elle. Elle se définit donc par rapport à un objectif donné et précise à quel niveau cet objectif est atteint. L'efficacité est une caractéristique de la performance parce que l'organisation est évaluée sur la base des résultats. Sans résultat, il n'y a pas de performance. L'efficacité externe est

²²JACOT, Jacques-Henri et MICAELLI, Jean-Pierre « La performance économique en entreprise » ; Paris ; Edition Hermès; 1999 ; 24 p)

déterminée par les bons résultats obtenus, l'atteinte des objectifs en fonction de la cible et du client et la production des effets voulus sur les cibles, en lien avec la mission. Par ailleurs il faut noter que l'évaluation ne tient compte aucunement des frais de gestion ni des coûts engendrés pendant le processus d'activité pour aboutir à la réalisation des objectifs prévus.

2.8.2 L'efficience

Selon Saucier, « l'efficience est une relation générique englobant les concepts de productivité et de rendement. La productivité mesure plus particulièrement le rapport entre la quantité de produits ou de services et les facteurs de production, tandis que le rendement met en relation les résultats d'effets sur la clientèle et les moyens mis en œuvre. »²³ (VOYER Pierre ; 1999 ; 110 p)

En effet, la gestion de l'organisation est soumise à des contraintes de coûts. Il s'agit donc de minimiser les coûts de production ou de minimiser la production sous la contrainte budgétaire. Une organisation est dite efficiente si elle produit un nombre donné d'unités au moindre coût. Une combinaison de moyens est efficiente si les résultats sont obtenus avec une utilisation rationnelle des moyens. La performance de l'organisation est donc liée ici à la satisfaction du résultat escompté en respectant un montant de coût la plus part de temps matérialisé par une enveloppe budgétaire. Il faut par ailleurs noter que la mise en place de la comptabilité analytique et la méthode ABC, malgré son caractère complexe ont permis à certaines organisations d'avoir un parfait outil de mesure des coûts et des performances des activités et des produits.

2.8.3 La pertinence

La pertinence mesure selon laquelle les objectifs fixés par la Direction Générale correspondent aux attentes des bénéficiaires, aux priorités globales, aux politiques de partenaires et des bailleurs de fonds.

L'effectivité va encore plus loin dans l'évaluation en se prononçant sur le triptyque objectif/moyens/résultats, c'est-à-dire en remontant jusqu'aux finalités qui sont à l'origine du système dont on cherche même à évaluer la performance. Selon une formule de Jean-Louis Le Magne, il s'agit alors de vérifier si « l'on fait effectivement ce que l'on veut faire. »

²³ VOYER, Pierre « Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance » ; Deuxième Edition ; Presses de l'Université du Québec ; 1999 ; 61 p

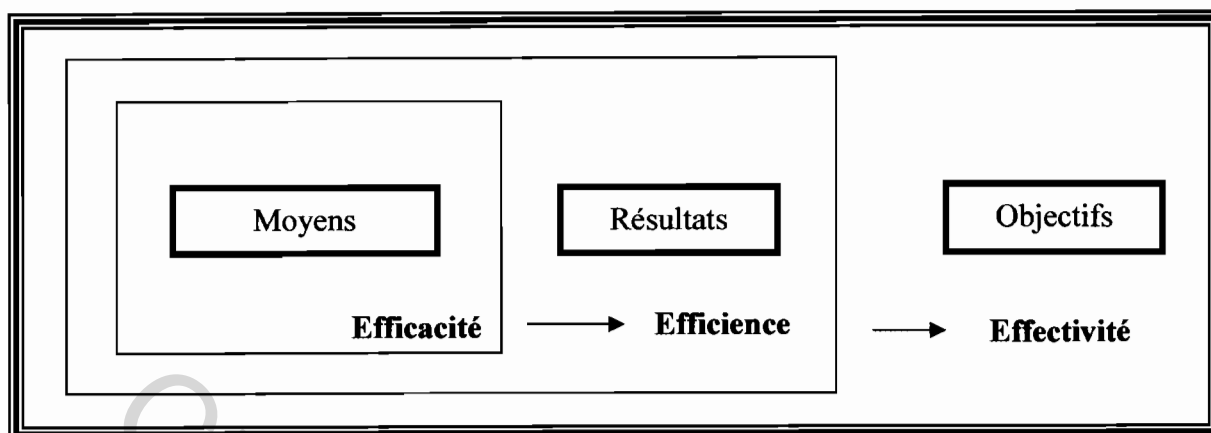


Figure 1 : Les principaux critères de la performance

Source : JACOT, Jacques-Henri et MICAELLI, Jean-Pierre; 1999 ; 24 p

Derrière ces concepts, Berrah décline des critères de performance multiformes :

- **la productivité** exprimée sous la forme du rapport output/input ;
- **la qualité** qui renvoie à la qualité de conformité (absence de défaut) et à la qualité de la conception (degré de satisfaction du client sur les caractéristiques techniques, fonctionnelles du service) ;
- **la fiabilité** définie par l'AFNOR comme « l'aptitude d'une entité à accomplir une fonction requise dans les conditions données pendant une période donnée » ;
- **la flexibilité**, la réactivité et l'agilité : trois concepts proches soulignant le degré de souplesse de l'hôpital face aux changements subis ou provoqués. La flexibilité permet la réactivité, la réactivité permet de répondre à tout besoin de changement en réaction ou en pro action. L'agilité permet une reconfiguration rapide et idoine des processus et des systèmes organisationnels;
- **l'innovation** caractérisée par la capacité à apporter des solutions nouvelles tant sur le plan des produits et services que sur celui de l'organisation des processus et méthodes ;
- **la compétitivité** définie comme l'aptitude de bien entrer en compétition sur les marchés, combine les critères plus locaux de productivité, flexibilité, qualité, fiabilité. C'est le critère le plus complet car il suppose « la réunion de deux (02) modes de management très distincts et parfois conflictuels. La stratégie qui crée un potentiel de performances, un ensemble de capacités et de règles du jeu mettant l'organisation en situation de prétendre aux résultats qu'elle vise; l'opérationnel qui exploite ce potentiel et qui réalise les résultats dans le cadre du règle du jeu.

2.9 DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE

Le système de mesure de la performance doit prendre en considération deux (02) piliers qui entretiennent des relations synergiques au profit de l'hôpital. Il s'agit de **la capacité organisationnelle, et du contexte externe** :

➤ **La capacité organisationnelle** : est un concept qui est défini comme l'habilité ou l'aptitude de l'hôpital pour réaliser ses activités productives de manière efficiente et efficace par le déploiement, la combinaison, et la coordination de ses ressources et compétences à travers différents processus créateurs de valeurs, selon les objectifs qu'il avait définis précédemment, c'est-à-dire en prenant acquis que le résultat est conforme à l'intention initiale ou à tout changement dans cette intention. Les ressources peuvent être financières, physiques, humaines, technologiques, organisationnelles. Les ressources financières définissent les actifs financiers à court terme ou long terme qui permettent d'assurer le financement des activités de l'hôpital. Les ressources physiques, font référence à titre d'exemples aux bâtiments. Les ressources technologiques renvoient aux machines, aux équipements, aux procédés, brevets, méthode et technologie de l'information. Les ressources humaines font référence aux compétences, c'est-à-dire aux savoirs et savoir-faire des individus. Les ressources organisationnelles sont les structures, les systèmes informels et formels de contrôle et de coordination mis en place dans l'hôpital pour réaliser les activités quotidiennes ;

➤ **Le contexte externe**: il constitue le milieu dans lequel s'inscrivent les hôpitaux, celui-ci pouvant avoir une influence bénéfique ou néfaste sur leur performance. Des facteurs clés dont le contexte social, technologique etc. affectent la façon dont un hôpital s'acquitte de sa mission et la quantité de travail qu'il accomplit.

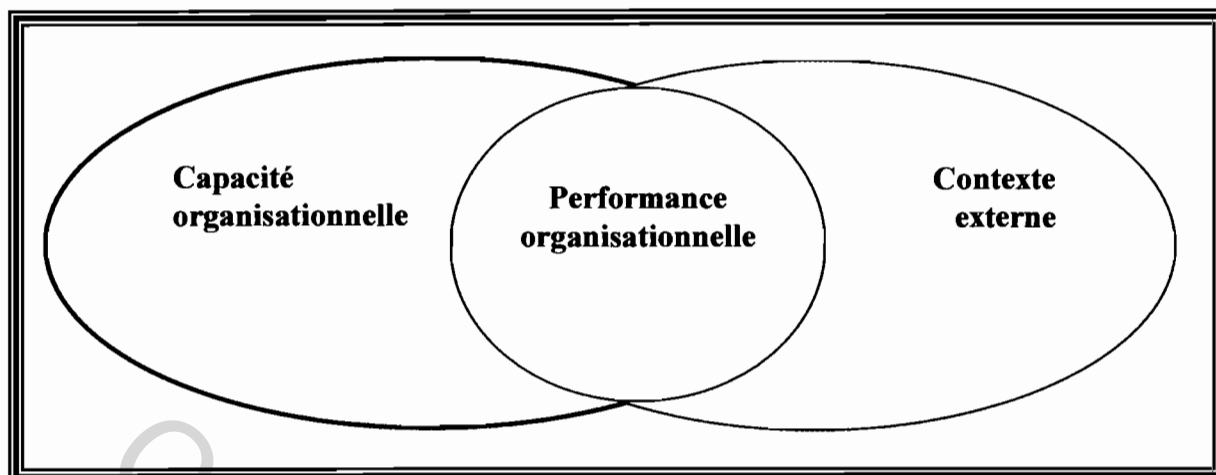


Figure 2 : Les dimensions de la performance organisationnelle

Source : Nous-même

2.10 MODELE D'ANALYSE DE L'ETUDE

Notre revue de littérature révèle l'existence de plusieurs approches d'évaluation de la performance d'une organisation. Dans cette partie nous présenterons la formulation de notre modèle d'analyse.

2.10.1 Conception de notre modèle d'analyse

La conception de notre modèle est basée sur l'approche systémique, donc axée sur les résultats atteints par une meilleure combinaison des facteurs organisationnels, et des facteurs externes. Nous exposerons dans un premier temps les objectifs du choix du modèle d'analyse avant de procéder à sa formalisation.

✓ Les objectifs de recherche

➤ Objectif principal de la recherche

L'évaluation constitue un outil indispensable à la gestion d'un hôpital. C'est un processus qui permet un apport continu d'informations sur l'Hôpital Principal de Dakar et une analyse des interventions opérées en vue de déceler des anomalies et procéder à des réorientations.

Un bon système d'évaluation est celui qui permet de détecter très tôt les écarts dans la réalisation des activités et d'y apporter des mesures correctives. Pour cela, il faudra des outils c'est-à-dire des indicateurs simples pour une évaluation efficace des activités.

➤ Objectifs spécifiques de la recherche

- + Identifier les variables expliquées et explicatives ;
- + Appréhender leur degré d'influence sur les activités menées ;

- + Déduire la performance organisationnelle de l'Hôpital Principal de Dakar ;
- + Donner des recommandations pertinentes et viables pour l'amélioration de la performance de cet Etablissement Public de Santé.

✓ Le modèle d'analyse de la performance

La question centrale de notre étude est la suivante : « comment évaluer la performance organisationnelle d'un Etablissement Public de Santé ? » Pour y répondre nous étudierons les aspects organisationnels et externes de l'Hôpital Principal de Dakar.

Considérons un modèle d'analyse avec ces deux (02) aspects :

- i. **L'aspect organisationnel**
- ii. **L'aspect externe et un produit final à savoir la performance de l'hôpital**

2.10.2 Construction du modèle d'analyse

Le système d'évaluation est associé à la stratégie de l'hôpital, c'est-à-dire à l'ensemble des décisions prises par la Direction Générale pour assurer la survie, la pérennité, la performance sur le long terme de l'hôpital. D'où le lien entre la stratégie de l'hôpital et la performance organisationnelle qui s'inspire des objectifs généraux présentés dans le modèle de cadre logique et le système d'évaluation qui permet de suivre continuellement et d'inciter la Direction Générale à apporter des mesures correctives.

VARIABLE EXPLIQUEE	INDICATEURS	CRITERES
Performance organisationnelle	Efficacité	Réalisations et projections
	Efficience	Coûts effectifs et coûts prévus
	Pertinence	Niveau de satisfaction des différentes parties prenantes

Tableau 1: Indicateur de la variable expliquée

Source : Nous-même

VARIABLE EXPLIQUATIVE	POINTS A EVALUER	INDICATEURS	RESULTATS/EFFETS
Capacité organisationnelle	Structure organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de niveaux hiérarchiques ▪ Nombre de niveaux décisionnels ▪ La qualité de la circulation de l'information 	Existence de structure fonctionnelle et efficace de décisions
	Gestion de projets d'établissement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Degré de participation des acteurs ▪ qualité des projets d'établissement ▪ le coût des projets d'établissement 	Existence de plan, connaissance et acceptation du plan par les employés
	Développement et la Gestion des Ressources Humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'actions de formation menées au cours de l'année ▪ Nombre de bénéficiaires à la formation 	Qualité et pertinence de la formation Développement et accroissement des compétences en RH

Tableau 2 : Indicateurs de la variable explicative capacité organisationnelle

Source : Nous-même

VARIABLE EXPLICATIVE	POINTS A EVALUER	INDICATEURS	RESULTATS/EFFETS
Contexte externe	Liens avec les intervenants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ le taux de participation à une situation d'urgence ▪ Les qualités des conventions ou des contrats liant l'hôpital aux clients ▪ La productivité de la main d'œuvre 	Evolution de la clientèle (accroissement, réduction, déplacement)
	Contexte social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nature des relations sociales et les prises de décisions ▪ Degré d'importance des conflits et crises sociales ▪ Nombre d'accidents de travail 	<p>Climat de travail</p> <p>Suivi des accidents de travail</p>
	Contexte technologique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Degré de satisfaction apporté aux utilisateurs ▪ Degré de diffusion ou d'utilisation de cet outil au plan individuel 	Capacité des S.I : pertinence, qualité, fiabilité, convivialité

Tableau 3 : Indicateurs de la variable explicative contexte externe

Source : Nous-même

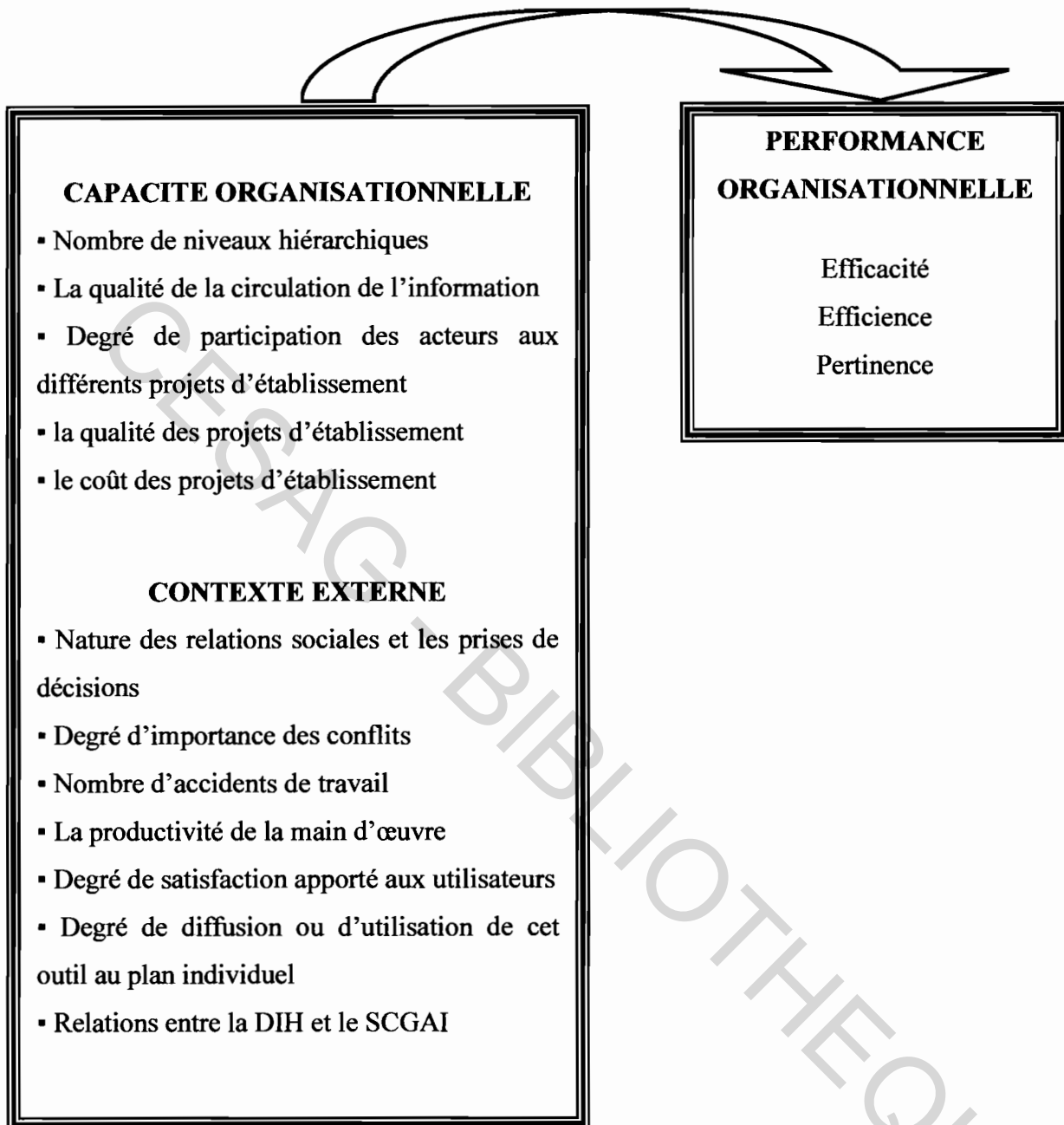


Figure 3 : Le modèle d'analyse

Source : Nous-même

CHAPITRE 2 : CONTEXTE DE L'ETUDE

SECTION 1 : PRESENTATION DE L'HÔPITAL PRINCIPAL DE DAKAR

A. Présentation générale

1. Historique et position géographique

Le projet de construction de l'Hôpital Principal de Dakar remonte à 1862 et les travaux débutent en 1880-1881, sur le plateau, au nord de la ville. Cette construction fait suite à la démolition de l'hôpital de Gorée soupçonné d'entretenir le risque épidémique. La tragique épidémie de fièvre jaune de 1878 qui frappe Gorée et Dakar, puis Rufisque et Saint Louis (750 décès) accélèrent les événements. Cette tragédie décime 22 des 26 médecins et pharmaciens militaires français de l'hôpital de Gorée.

Situé sur le plateau de la presqu'île de Dakar, en bordure de l'Anse Bernard, dans une zone de relative salubrité, l'Hôpital Principal de Dakar est inauguré en août 1884.

2. Evolution du statut de l'Hôpital Principal de Dakar

En avril 1958, par une convention passée entre le Président du Grand Conseil de l'Afrique Occidentale Française (AOF) et le Haut Commissaire de la République, l'Hôpital Principal de Dakar est reversé au budget de la France d'Outre Mer, mais il conserve son statut d'hôpital militaire français jusqu'en 1971.

En 1971, une convention signée entre la France et le Sénégal place l'hôpital sous la double tutelle des Forces Armées Sénégalaises et de la République Française. Dans le cadre de la politique sanitaire nationale, l'HPD se voit chargé de la fonction d'hôpital d'instruction du service de santé des armées sénégalaises pour la formation des premiers médecins militaires dont il assure la préparation aux différents niveaux de spécialisation, mais aussi de la formation continue des personnels paramédicaux.

Le 24 décembre 1999, un nouvel accord de coopération signé entre le Sénégal et la France transfère définitivement toutes les responsabilités et en particulier financières aux autorités sénégalaises. Cette nouvelle convention marque le début d'une ère nouvelle pour l'hôpital.

Cette convention internationale précise les nouvelles modalités de coopération concernant l'Hôpital Principal qui, au même titre que tous les autres pays, est devenu par la loi 2000-01 du 10 janvier 2000 un Etablissement Public de Santé à Statut Spécial. Dénommé HPD, il définit les missions, le régime financier, les organes d'administration, de tutelle et de contrôle. L'Hôpital Principal de Dakar reste sous la tutelle du Ministère des Forces Armées

Sénégalaises, mais dépend du Ministère de la Santé et de la Prévention sur le plan budgétaire (subventions de fonctionnement et d'investissement).

En 2004, trois ans après le changement de statut, et conformément aux objectifs de l'accord 1999, l'HPD acquiert son autonomie avec ses avantages mais aussi ses contraintes.

Une autre convention, découlant de l'accord du 24 décembre 1999 est signée le 17 février 2005. Cette convention confirme à l'HPD sa vocation d'hôpital d'instruction du service de santé des armées.

En 2006 l'hôpital a sécurisé son avenir. Les lignes budgétaires des subventions de l'Etat sont passées du Ministère de la Santé au Ministère des Forces Armées sur ordre du Président de la République. L'Hôpital Principal de Dakar est devenu un terrain de stage et de formation du personnel du service de santé militaire sénégalais. C'est la pièce maîtresse de l'école d'application du service de santé des armées créées par décret du Président de la République n° 2006-619 /PR/MFA du 10 juillet 2006.

En 2007, l'HPD dispose d'un personnel qualifié et d'un équipement sophistiqué, et trouve sa pérennité dans ce concept original, unique et harmonieux d'hôpital d'instruction des armées du Sénégal avec sa composante biculturelle.

La réforme hospitalière a marqué un grand tournant dans la vie de l'Hôpital Principal de Dakar. De nouvelles modalités d'organisation et de fonctionnement ont été définies. Les responsables de l'hôpital associés au personnel ont fait une réflexion sur l'évolution de leur établissement. Cette réflexion a abouti à la mise en place d'un plan d'action.

3. Les missions de l'hôpital

Elles sont de trois ordres:

➤ Les missions de service public

La mission de soins : elle consiste à administrer des soins aux fonctionnaires et aux militaires sénégalais et français ainsi qu'aux particuliers qui ont la possibilité de supporter eux-mêmes leur frais de santé ; traiter des urgences et offrir une sécurité sanitaire aux populations de Dakar et de ses environs ;

La mission de formation : elle consiste à assurer la formation des futurs agents de santé de toutes les catégories en santé publique. A cet effet, il reçoit les stagiaires civils et militaires ; de contribuer à la formation des médecins spécialistes en chirurgie, gynécologie, pédiatrie, médecine interne, stomatologie, oto-rhino-laryngologie.

➤ La mission de recherche en matière de santé

➤ **Les missions spécifiques au titre de référence pour les Forces Armées**

4. Les objectifs de l'Hôpital Principal de Dakar

Les objectifs de l'Hôpital Principal de Dakar peuvent être subdivisés en objectifs généraux et en objectifs spécifiques.

- les objectifs généraux
 - ⊥ recentrer les activités de l'hôpital sur les fonctions fondamentales ;
 - | regrouper les moyens sur les secteurs pilotes prioritaires ;
 - ⊥ équilibrer le budget et assainir la trésorerie (augmentation de l'activité, diminution des charges de fonctionnement).
- les objectifs spécifiques
 - | assurer des prestations de qualité pour l'ensemble des populations ;
 - ⊥ améliorer la qualité des soins dispensés aux malades ;
 - ⊥ améliorer l'accueil des urgences ;
 - ⊥ le regroupement par unité pour une meilleure utilisation des ressources humaines et matérielles ;
 - ⊥ assurer la formation et la recherche ;
 - ⊥ stabiliser l'équilibre financier de l'hôpital ;
 - ⊥ assurer la pérennité de l'hôpital ;
 - | le développement de la démarche qualité, de l'évaluation et de l'audit interne.

5. Les activités de l'Hôpital Principal de Dakar

L'Hôpital Principal de Dakar dispose de services cliniques et médico-techniques qui réalisent les activités suivantes :

- ⊥ des activités médicales ;
 - | des activités chirurgicales sauf la chirurgie cardiaque car très développée au Centre Hospitalier de Fann et nécessitant beaucoup d'investissement ;
- ⊥ des activités médico-techniques :
 - internes pour les hospitalisés (nombre d'actes opératoires, nombre d'actes non chirurgicaux, etc.) ;
 - externes pour les consultants (nombre d'examens spécialisés radiologiques, écho cardiographiques, d'endoscopies digestives, etc.)

Pour atteindre ces objectifs, les activités planifiées consomment des ressources dont les principales seront présentées ci-dessous.

6. Les ressources actuelles de l'hôpital

L'Hôpital Principal de Dakar dispose pour le fonctionnement normal de ses différents départements et services, des ressources humaines, matérielles et financières.

6.1 Les ressources humaines

L'effectif du personnel de l'Hôpital Principal de Dakar au 31 décembre 2007 est de 1168 agents répartis comme suit :

RUBRIQUE		NOMBRE	TOTAL
PERSONNELS SENEGALAIS	CDI permanents	825	1168
	CDD contractuels	67	
	Militaires	185	
	Vacataires	76	
Total		1153	
COOPERANTS FRANÇAIS	Militaires	9	
	Civils	6	
Total		15	

Tableau 4 : Répartition de l'effectif global de l'HPD en 2007

Source : SARH

Le personnel est composé de 194 militaires dont 185 sénégalais et 9 français et de 974 civils dont 968 sénégalais et 6 français.

Le tableau ci-dessous présente la répartition du personnel par spécialité.

Personnel Médical	71	Coopérants et vacataires non compris
Personnel Paramédical	671	
Personnel Administratif et Logistique	335	
Total	1077	

Tableau 5 : La répartition du personnel par spécialité

Source : SARH

Nous constatons un effectif élevé du personnel administratif et logistique compte tenu des missions que s'est assignées l'hôpital.

6.2 Les ressources matérielles

L'Hôpital Principal de Dakar fournit des efforts remarquables dans le sens du renouvellement de son plateau technique. Ainsi des matériels de pointe sont acquis et d'autres seront acquis au cours de l'année 2009 grâce à ses fonds propres et subvention du BCI.

En 2007, 5% des charges globales de l'hôpital ont été consacrés à l'achat de matériels et d'outillages.

En 2008, le montant des équipements réalisés au titre du Plan Annuel d'Equipement (PAE) s'élève à 500 millions F CFA.

L'hôpital dispose de 380 lits fonctionnels et 21 lits en rénovation. Les travaux de réhabilitation que connaît l'hôpital ont conduit à la fermeture de certains services une partie de l'année et par conséquent une baisse de la capacité hospitalière. En effet cette diminution était de 15 lits (4%) en 2006 et en 2007 elle était de 21 lits (5%).

L'Hôpital Principal de Dakar dispose également d'équipements médicaux de pointe : une IRM (Imagerie à Résonance Magnétique) de 1,5 Tesla, deux (02) scanners (en panne), une stérilisation centrale qui fonctionne avec trois (03) autoclaves et deux (02) machines à laver,

un concentrateur d'oxygène qui produit de l'oxygène, une radio pour examens spéciaux, de mammographies, de respirateurs d'anesthésie, d'équipements de laboratoires etc.

L'hôpital dispose également d'un matériel logistique dont deux (02) tricycles, un incinérateur, huit (08) groupes électrogènes, d'un parc automobile important (28 véhicules) et d'un parc informatique dont 242 pc et 158 imprimantes.

6.3 Les ressources financières

Les ressources financières proviennent essentiellement des recettes générées par les activités médicales et des subventions. Au titre de l'année 2007, ces recettes recouvrées représentaient 86% des droits constatés. Les prestations de service sont recouvertes à 84%, les produits accessoires à 100% et les subventions d'exploitation à 100%.

Les dépenses au titre de l'exercice 2007 sont particulièrement lourdes et ont atteint 9 481 142 772 de FCFA (charges hors amortissement et provisions). Le personnel occupe une place considérable représentant 51% des charges globales. Ces charges globales ont connu une augmentation de 0,8% par rapport à 2006.

B. Structure organisationnelle

1. Organigramme

L'organigramme de l'Hôpital Principal de Dakar se présente comme indiqué en annexe n°1.

2. Organisation administrative de l'Hôpital Principal de Dakar

L'Administration de l'Hôpital Principal de Dakar est essentiellement constituée par :

- | le Médecin Chef ou Directeur de l'hôpital ;
- + le Conseiller Technique ;
- + le Gestionnaire ;
- + l'Agent Comptable Particulier (ACP) ;
- + le Service Hospitalisation et Soins Externes ;
- + le Service d'Administration des Ressources Humaines (SARH) qui s'occupe de l'administration du personnel et de la paie, du recrutement, etc. ;
- + le Service d'Administration Générale et Financière (SAGF) qui a pour rôle de liquider et de mandater toutes les dépenses de l'hôpital. Beaucoup de responsabilités


de ce service ont été transférées au Service de Contrôle de Gestion et d'Audit Interne ;

↳ le Service de Contrôle de Gestion et d'Audit Interne : de façon générale, les rôles du contrôle de gestion relèvent des deux aspects suivants :

- ✓ concevoir et mettre en place le système de contrôle ;
- ✓ assurer le fonctionnement de ce système.

De façon plus spécifique, les rôles suivants sont dévolus au contrôle de gestion :

- fournir un support aux gestionnaires opérationnels ;
- établir des plans à long terme et des budgets ;
- évaluer et analyser les résultats ;
- proposer des mesures correctives ;
- analyser les projets d'investissements ;
- produire l'information financière et opérationnelle ainsi que des rapports de gestion (tableau de bord, reporting, système d'information de gestion).



DEUXIEME PARTIE:
LES PRINCIPAUX
POINTS A EVALUER
EN MATIERE DE
PERFORMANCE
ORGANISATIONNELLE
AU SEIN L'HÔPITAL
PRINCIPAL DE DAKAR

DEUXIEME PARTIE: LES PRINCIPAUX POINTS A EVALUER EN MATIERE DE PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE AU SEIN L'HÔPITAL PRINCIPAL DE DAKAR

Dans cette deuxième partie, nous évaluerons la dimension organisationnelle dans un premier temps et la dimension externe dans un second temps.

CHAPITRE 1 : LA CAPACITE ORGANISATIONNELLE

Dans ce chapitre l'évaluation portera d'abord sur la capacité organisationnelle, ensuite sur la gestion des projets d'établissement et enfin sur le développement et la gestion des ressources humaines.

SECTION 1 : LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

A. Concepts théoriques

On peut entendre par structure organisationnelle d'un établissement de santé, son mode d'organisation c'est-à-dire, la manière par laquelle les tâches sont réparties. Ce mode d'organisation dépend quant à sa forme, de la taille de l'organisation, de son secteur d'activité, de son histoire, de son environnement etc. Mais quelle que soit sa forme, il influence la conduite des activités de l'organisation comme le souligne ici MUSSCHE (1997 ; 79 p) : « en définissant une certaine division du travail, en organisant la circulation des informations et en partie leur traitement, les structures orientent la perception que les différents décideurs ont des problèmes et donc influencent les problèmes qu'ils étudient. »

Le mode d'organisation d'une structure de santé c'est-à-dire la division du travail qui est en rigueur est toujours fondée sur au moins trois éléments :

- ⊕ les choix techniques ;
- ⊕ la recherche d'une plus grande efficacité à travers la spécialisation des individus ;
- ⊕ la décomposition du processus de fabrication et distribution en différentes étapes.

Dans le cadre de notre mémoire, nous distinguerons trois types de structure organisationnelle : la structure fonctionnelle, la structure divisionnelle ou par projet et la structure matricielle.

La structure fonctionnelle : elle repose sur un découpage de l'autorité selon les fonctions nécessaires à l'activité. Dans une telle structure, il existe rarement une organisation précise en centres de responsabilité dotés d'instruments de pilotage maniant des objectifs et des systèmes

évolués de suivi de performance. Le contrôle de gestion se limite au suivi centralisé des budgets de dépenses.

Cette structure constitue un facilitateur pour l'apprentissage organisationnel, et ce à deux (02) niveaux principaux : l'accumulation d'expérience en direction des compétences et capacités organisationnelles d'une part, la facilitation de leur mise en œuvre à travers le processus d'innovation d'autre part.

Cette structure est cependant accusée de rétention des savoirs et de fermeture sur l'environnement. La spécialisation engendre la rigidité, et la recherche d'avantages locaux. Un individu spécialisé possède les compétences strictement nécessaires et suffisantes pour réaliser une opération déterminée. Elle est également facteur de fermeture sur un domaine particulier du savoir. Des comportements de clan et corporatistes unissent les détenteurs de savoirs spécialisés. Les interfaces entre fonctions sont le terrain d'affrontements entre spécialistes et la source de nombreux dysfonctionnements. Les décisions prises le sont en fonction d'objectifs locaux sans prise en compte de leurs effets sur l'ensemble de l'organisation.

La structure par fonction est, par sa nature plus formalisée limitant les contacts informels entre ses membres, développe règles et procédures (application de la description des) mais, elle limite l'adaptabilité de l'organisation à son environnement qui évolue car, la réalisation des routines est privilégiée plus que l'accomplissement de l'objectif global.

Afin de remédier aux inconvénients de la structure fonctionnelle, la structure divisionnelle est utilisée par certains dirigeants des organisations.

La structure divisionnelle: elle est fondée sur le fait que chaque division peut être organisée en centre de responsabilité négociant des objectifs et des moyens sur une base annuelle avec un système de pilotage et de reporting qui rend compte de son fonctionnement et de sa performance. Le service qui assure le contrôle de gestion a, ici, la charge de l'organisation du système de valorisation interne des productions de l'unité de la performance de celle-ci.

A l'évidence, une telle structure favorise l'apprentissage, en ce sens qu'elle autorise un maximum d'échanges. Ceci permet à chacune des entités de s'exprimer et de faire valoir ses vues, sans pour autant générer le blocage durable dans la structure. La structure divisionnelle ou par projet paraît la mieux adaptée à des stratégies fondées sur les savoirs. Le développement de ce type de structure est susceptible de trouver un cadre théorique explicatif dans les théories fondées sur les ressources. « En effet, ces organisations ont pour unité de

base des processus, c'est-à-dire un assemblage de ressources et de compétences spécifiques à l'organisation et susceptibles d'apprentissage par interaction entre individus ou groupes dotés de savoirs spécialisés. »²⁴(QUELIN, Bertrand et ARREGLE, Jean Luc ; 2000 ; 286-287 p)

Au delà d'une motivation accrue qu'elle peut engendrer aux responsables du fait d'une meilleure maîtrise de toutes les expertises dont ce dernier a besoin pour atteindre l'objectif global, cette forme organisationnelle tend également à favoriser le contrôle des performances.

L'inconvénient de la structure divisionnelle est la possibilité de survenance de conflits de compétence entre les différentes spécialités, qui cherchent à prévaloir les compétences spécifiques. L'autre inconvénient est lié à l'autonomie de l'unité qui doit avoir une indépendance des moyens.

Afin de pallier les difficultés rencontrées dans les structures fonctionnelles et divisionnelle, un nouveau type de structure appelé la structure matricielle qui combine les deux précédentes fait son apparition.

La structure matricielle : elle est propre des structures à double dimension caractérisées par une souplesse où chaque agent est rattaché à un chef de produit et à un responsable fonctionnel. Elle favorise la décentralisation des pouvoirs et le regroupement des compétences. Elle lance au contrôle de gestion un défi d'organisation.

Dans la pratique nous distinguons deux types d'organisation matricielle :

- + l'organisation matricielle par programme ou par projet : est une structure adaptée aux activités discontinues. Le personnage central c'est le chef de projet qui a la charge de coordonner les interventions des services tout au long de la vie du projet. Exemple dans un hôpital chaque spécialiste fait parti d'un service particulier et se trouve ainsi dans une structure par fonction. Lors d'une intervention chirurgicale ces spécialistes se réunissent dans le but de traiter le cas et se trouvent ainsi dans une structure par opération. Le projet terminé, chacun retourne dans son service d'origine dans l'attente d'un nouveau cas à traiter ;
- + l'organisation matricielle par produit ou zone géographique : dans cette structure chaque responsable local d'un produit doit rendre des comptes au directeur de la division produit correspondant (qui veillera à l'application des politiques globales et servira de conseils techniques) mais aussi directeur de la zone géographique où il se

²⁴ QUELIN, Bertrand et ARREGLE, Jean Luc « Le management stratégique des compétences » Paris ; Ellipses; 2000 ; 286-287 p

trouve (il veillera à la coordination des politiques et à leur adaptation aux réalités locales.

Il n'y a pas de forme d'organisation idéale valable pour toutes les organisations en raison de la contingence de la structure. Chaque organisation doit adapter sa structure à ses spécificités propres, à ses besoins et à son environnement. Mais, le contrôle de gestion ne se justifie que si dans l'organisation, il existe un minimum de décentralisation. Plus la décentralisation est effective, plus la pratique du contrôle de gestion est efficace.

B. L'utilisation de ces modèles au sein de l'hôpital

Le nombre de fonctions distinctes au sein de l'Hôpital Principal de Dakar conditionne la hauteur de la structure, appréciée par le nombre de niveaux hiérarchiques.

1. Les niveaux hiérarchiques

Cette caractéristique indique l'étalement vertical de la structure. La structure organisationnelle de l'Hôpital Principal de Dakar présente cinq (05) niveaux hiérarchiques :

- ⊥ le Médecin Chef ;
- ⊥ le gestionnaire ;
- | les chefs ou coordinateurs de département ;
- ⊥ les chefs de service ;
- ⊥ le service.

Cette hiérarchisation permet de centraliser les décisions stratégiques qui engagent l'avenir de l'ensemble des activités de l'hôpital pour être réactif face à un environnement de mutation rapide, pour rendre le travail intéressant et motiver le personnel.

Ce découpage de la structure organisationnelle de l'hôpital en niveaux hiérarchiques a également permis d'une part, d'organiser le travail « quotidien » selon un ordre bureaucratique afin que chacun ait une responsabilité et des tâches précises. D'autre part, les dirigeants réalisent que le travail sur des projets (projets d'établissement) se fait mieux par équipes pluridisciplinaires formées de personnes issues de différents services ou départements. En effet, une telle équipe est mieux à même de cerner et de résoudre l'ensemble des facteurs d'une problématique complexe. Par contre, cette hiérarchisation de la structure organisationnelle présente certains inconvénients. Sur le plan des coûts, il est clair que chaque niveau coûte à la fois sur le plan direct et indirect. Selon Neil GLASS « un niveau

hiérarchique entraîne en moyenne en son sein un délai supplémentaire de six (06) semaines par décision. »²⁵ (GLASS, Neil ; 1999 ; 283 p)

D'où l'intérêt de descendre le maximum de décisions vers le bas de la hiérarchie et si possible vers les opérateurs directs.

Cette caractéristique associée à l'éventail de subordination définit l'allure générale de l'organigramme. Cette dernière caractéristique renseigne sur l'étalement horizontal c'est-à-dire sur les niveaux décisionnels.

2. Les niveaux décisionnels

Les niveaux auxquels les décisions liées au fonctionnement de l'hôpital sont prises, constituent une des caractéristiques essentielles du système organisationnel de l'hôpital. Les auteurs en théorie des organisations ont réservé une place importante aux questions touchant aux niveaux relatifs auxquels les décisions sont prises dans l'organisation.

2.1 La localisation de la prise de décision au sein de l'hôpital

Globalement, c'est en fait la décentralisation (ou la centralisation) des décisions au sein de l'hôpital qui est posée. MINTZBERG, Henry note d'ailleurs que « ce sujet demeure probablement le plus confus de la théorie des organisations ». Cela tient peut être au rôle qu'est censé jouer ce paramètre dans la réussite de l'hôpital.

Les aspects de la prise de décision qui nous intéressent ici sont ceux qui concernent la structure organisationnelle. Il s'agit donc de définir le degré selon lequel la structure du système de décision de l'Hôpital Principal de Dakar est plus ou moins décentralisée (ou centralisée).

Nous entendons par niveau de décision un stade de l'organigramme auquel un responsable dispose du pouvoir de prendre des décisions.

La structure organisationnelle de l'Hôpital Principal de Dakar est caractérisée par cinq (05) niveaux de décisions correspondant aux différents niveaux hiérarchiques. Quelque soit le niveau de décisions la hiérarchie est respectée et que la décision finale est du ressort de la Direction Générale ou du Conseil d'Administration après concertation. Parfois la direction se réfère au Ministère des Forces Armées avant de prendre la décision effective.

C'est la dimension verticale de la structure organisationnelle. L'autre horizontale, porte sur la participation des responsables de l'hôpital aux diverses décisions. C'est le caractère collégial

²⁵ Neil GLASS « Management : les 10 défis » ; Paris ; Editions d'organisation ; 1999 ; 283 p

de la prise de décision, c'est-à-dire le nombre de participants à la prise de décision, qui est ici appréhendé.

2.2 La participation à la prise de décision

La notion de décentralisation est également fortement liée au concept de participation à la prise de décision. On doit cependant appréhender distinctement décentralisation verticale et horizontale. Cette dernière faisant référence non plus au niveau de la prise de décision, mais à son caractère collégial, c'est-à-dire, au nombre de responsables intervenants dans la prise de décision. Au sein de l'Hôpital Principal de Dakar, la participation à la prise de décision est massive car elle concerne tous les niveaux hiérarchiques.

La décentralisation, relève de l'organisation et de la structure de l'hôpital. Cette décentralisation se fonde sur les deux principes suivants :

- la décision être prise le plus près possible de son niveau d'application ;
- la division de l'hôpital en unités « autonomes ».

Prenons par exemple la structure divisionnelle : l'hôpital est organisé en départements et services « autonomes ». Une telle structure nécessite une définition précise des objectifs de chaque unité décentralisée et surtout la mise en place d'un système efficace de contrôle, d'informations, et de coordination.

Cette décentralisation de la prise de décisions au sein de l'hôpital présente des avantages mais aussi des inconvénients :

Avantages de la décentralisation

- ⊕ les décisions se prennent au mieux des compétences de chacun ;
- ⊕ plus grande souplesse dans le processus de prise de décision ;
- ⊕ communication et actions correctives mises en œuvre plus rapidement.

Inconvénients de la décentralisation

- ⊕ la décentralisation coûte à l'hôpital car nécessitant la mise en place d'un système de contrôle ;
- ⊕ risque de mauvaise décision si le chef de département ou de chef de service manque de formation (ou d'informations).

3. La qualité de la circulation de l'information

La qualité est devenue un concept fondamental. La qualité est difficile à mesurer et à évaluer. Ce n'est pas un concept objectif, même si on cherche à s'entourer d'indicateurs et de normes. L'information est un terme proche et usuel qui fait partie intégrante du quotidien de tout un chacun. C'est aussi un concept assez complexe à cerner dès le moment que l'on cherche à définir son rôle dans le fonctionnement actuel de l'hôpital.

Une définition à la fois simple et explicite du terme « information » est proposée par Laudon (2000) qui regroupe sous le terme d'information « les données qui sont représentées sous une forme significative et utile pour les êtres humains [...], les données, par ailleurs, constituent les sources de faits bruts qui représentent des événements qui ont lieu dans les organisations ou dans leur environnement Physique. »²⁶ (KEFI, Hajer et KALIKA, Michel; 2004 ; 15 p)

D'après notre enquête, les intervenants ont affirmé que la qualité de la circulation de l'information est bonne au sein de l'hôpital.

En effet, la technologie de l'information de l'hôpital a joué un rôle essentiel dans la qualité de la circulation de l'information grâce à l'acquisition d'équipements informatiques (242 pc et 158 imprimantes) et aux progrès exceptionnels **des logiciels de gestion suivants** :

- ⊕ intégral : administratif et financier ;
- ⊕ la caisse (Sage) ;
- ⊕ la paye (Delta paye) ;
- ⊕ le budget (SQL) ;
- ⊕ la gestion des stocks (pharmacie, matériel) ;
- ⊕ les immobilisations (Immo 500) ;

des logiciels spécifiques :

- ⊕ Inlog (Fédération des laboratoires sous Oracle) ;
- ⊕ Télémédecine ;
- ⊕ radiologie numérique ;
- ⊕ Gestion Maintenance Assistée par Ordinateur (en cours) ;

d'une ligne ADSL, avec Internet et la gestion des bases de données, l'Hôpital Principal de Dakar peut générer, analyser, diffuser et stocker plus d'informations.

Cette fonction est assurée par la Cellule de l'Information Médicale (CIM) de l'hôpital. Au titre de l'exercice 2009, la CIM dispose de trois (03) ordinateurs, deux (02) imprimantes, de

²⁶ KEFI, Hajer et KALIKA, Michel « Evaluation des Systèmes d'information : une perspective organisationnelle » ; Paris ; Edition Economica 2004 ; 15 p

mobilier ; de trois (03) agents dont un médecin commandant, un technicien informatique médical et une secrétaire.

Cette cellule recueille, traite, analyse et met à la disposition de tous les intervenants l'information médicale.

4. La flexibilité organisationnelle

Comme le souligne R.Reix, un des aspects de la flexibilité est organisationnel. Il s'agit de l'aptitude de la structure organisationnelle à se changer elle-même pour s'adapter aux contraintes de l'environnement ou pour les anticiper en intégrant par exemple une modification de la stratégie de l'hôpital. C'est ce que H.I Ansoff et R.G Branderburg appellent « la souplesse organisationnelle. »

Il s'agit d'une des caractéristiques de la structure organisationnelle de l'Hôpital Principal de Dakar dans la mesure où son inaptitude éventuelle à évoluer rapidement engendre des coûts qui peuvent être fatals. Remarquons cependant que ce besoin de flexibilité est très variable selon l'environnement technique.

D'une manière générale, le fonctionnement de la structure organisationnelle constitue un atout pour l'Hôpital Principal de Dakar dans la mesure où elle favorise la prise de décisions en réduisant la marge d'erreurs grâce au processus de décentralisation mais aussi l'adaptation face à un environnement en pleine mutation. La DIH a joué un rôle prépondérant sur la qualité de la circulation de l'information grâce à l'acquisition d'un parc informatique et de logiciels importants. La DIH met à la disposition des intervenants toutes les informations médicales nécessaires au bon fonctionnement de l'hôpital.

Cette organisation a mis en place un plan d'action : projet d'établissement 2002-2006. Ce projet est essentiellement constitué par le projet médical, le projet des soins externes, le projet administratif et logistique, le projet social, le projet formation et le projet qualité.

SECTION 2 : LA GESTION DES PROJETS D'ETABLISSEMENT

Le projet d'établissement est une démarche de réflexion qui engage l'ensemble des personnels pour développer les activités de l'hôpital pour une période de trois (03) à cinq (05) ans avec comme objectifs :

- ⊥ d'assurer les missions attribuées à l'établissement ;
- ⊥ d'améliorer la qualité des soins dispensés aux malades ;
- ⊥ de maîtriser les coûts des prestations hospitalières.

Maîtriser son environnement constitue une préoccupation majeure de l'hôpital. Pour y parvenir, l'hôpital utilise plusieurs outils qui visent à conduire avec lucidité l'anticipation, l'analyse et la régulation des paramètres de gestion. Parmi ces outils de formalisation des prévisions nous pouvons retenir la planification.

A. Planification

Après avoir déterminé les axes stratégiques, les dirigeants doivent mettre en œuvre les moyens d'atteindre les objectifs. La démarche repose sur l'élaboration et la réalisation des plans. Selon GARMILIS, la planification est « une démarche qui consiste à partir de connaissance de l'environnement de l'hôpital ainsi de ses forces et faiblesses (diagnostic), à faire des choix concernant l'avenir à long terme (stratégie), et à définir les moyens permettant de concrétiser ces choix (plan opérationnel). »²⁷ (GARMILIS, Ali et Al ; 1992 ; 12 p)

La démarche de la planification s'articule autour d'un processus qui se présente comme suit : la planification stratégique, la planification structurelle et la planification opérationnelle.

1. La planification stratégique

L'élaboration d'une stratégie s'appuie sur une étude des forces et faiblesses de l'HPD qui doivent découler sur un diagnostic tant qu'interne qu'externe.

- ⊥ Le diagnostic interne répertorie les atouts et les points faibles de l'hôpital ;
- ⊥ Le diagnostic externe évalue les opportunités à saisir et les menaces que représente l'environnement de l'hôpital.

²⁷ GARMILIS Ali et al « Le contrôle de gestion en action » ; Paris ; Editions Liaisons ; 2001 ; 12 p

Selon BOISVERT, H. « la planification stratégique est un processus de prise de décision formelle, dont l'objectif est de définir la situation future souhaitée de l'organisation et d'élaborer la stratégie susceptible de concrétiser cet idéal. »²⁸ (BOISVERT, H ; 1991 ; 21p)

La planification stratégique à long terme peut être définie comme étant un processus par lequel les hauts responsables déterminent les objectifs généraux (mission, finalité, but) à atteindre pour une période de cinq (05) ou plus, ainsi que les politiques et les stratégies qui faciliteront l'acquisition et l'affectation des ressources à la réalisation des dits objectifs.

La planification stratégique est définie et élaborée par la Direction Générale avec la participation des responsables de départements et de services de l'hôpital. Elle est portée à la connaissance des responsables des unités décentralisées dans la mesure où elle sert de cadre de référence à leurs actions et permettent de faire des propositions de mise en œuvre qui seront intégrées dans les plans opérationnels.

2. La planification structurelle

Elle cherche à faire un agencement rationnel des ressources (humaines, matérielles, financières) dans le but de bien mener le plan. La planification structurelle s'intéresse :

- ⊕ à l'agencement de l'ensemble technique et humain dont on dispose pour atteindre les objectifs ;
- ⊕ aux problèmes d'acquisition, de combinaison et de développement des ressources pour assurer les buts du plan.

La planification structurelle s'appuie sur la structure organisationnelle, la description des tâches et responsabilités, le système d'information et de contrôle et d'évaluation.

3. La planification opérationnelle

La planification opérationnelle est élaborée en accord ou sur proposition des centres de responsabilité. Elle porte sur un horizon de deux (02) ou trois (03) ans de mise en œuvre de la stratégie. La planification opérationnelle s'intéresse à l'utilisation correcte des ressources en termes d'efficacité et d'efficience. Elle cherche à faire que les moyens nécessaires pour œuvrer soient disponibles là où il le faut et quand il le faut.

²⁸BOISVERT, Hugues « le contrôle gestion vers une pratique renouvelée » ; ERPI ; Montréal ; 1991 ; 21 p

La planification opérationnelle se préoccupe donc du travail quotidien incluant le planning des travaux et des budgets. En ce sens, on peut dire qu'elle s'intéresse aux questions de forme et de détail concernant :

- ⊕ l'élaboration des objectifs annuels et leurs critères d'évaluation ;
- ⊕ la détermination des activités à mener par projet et par unité structurelle ;
- ⊕ l'évaluation et l'affectation des ressources nécessaires à la réalisation des projets annuels (budget) ;
- ⊕ la définition des responsabilités en termes de réalisation des activités ;
- ⊕ l'établissement de calendriers d'activités définissant l'enchaînement des tâches ainsi que leur durée d'exécution.

Cette planification des projets d'établissement est suivie de leur mise en œuvre c'est-à-dire de leur exécution.

B. Exécution des projets d'établissement

1. Le degré de participation des acteurs

L'exécution d'un projet d'investissement nécessite la constitution d'équipes chargées d'encadrer seul le pilotage du projet d'établissement.

Le Chef d'établissement ne peut assumer seul le pilotage du projet d'établissement. La participation qui se révèle être une des clés de la réussite d'un projet d'établissement nécessite la désignation d'un petit nombre de personnes représentatives de l'institution, de ses valeurs et de ses missions.

Ce groupe d'agents forme le « comité de pilotage », placé sous la responsabilité d'un directeur de projet appuyé par un secrétaire général. Le rôle du groupe sera d'initier des groupes de travail et de réflexion, d'assurer leur bon fonctionnement, de prendre en compte toutes les opinions, de les étudier et d'arbitrer les propositions qui sont faites.

Le comité de pilotage est composé :

- du directeur de projet : doit mettre en place un plan de communication afin d'informer l'ensemble des personnels tout au long de l'étude. L'adhésion à la démarche du projet dépend en grande partie de cette transparence et de cette information qui pourra s'effectuer sous la forme d'un journal mensuel adressé à tous les personnels ;

- les groupes d'analyse : ces groupes représentant toutes les professions et corporations de l'hôpital, au fait des problèmes quotidiens et des difficultés de terrain sont à même d'apporter un éclairage transversal.

Cinq groupes de travail seront chargés d'apporter les éléments d'analyse et de proposer dans le respect du plan de cadrage, les scénarios pour atteindre les objectifs retenus.

- ⊕ le groupe chirurgical : ce groupe sera assisté dans leur travail d'analyse de personnels médicaux, soignants administratifs, financiers et logistiques ainsi qu'un représentant des groupes syndicaux ;
- ⊕ le groupe médical : procédera à l'analyse et à la réflexion dans le domaine des activités médicales ;
- ⊕ le groupe médicotechnique : est par définition transversal. Il est important de travailler ensemble pour proposer des actions cohérentes et réaliser la cohésion entre les différents acteurs hospitaliers ;
- ⊕ le groupe administratif et financier : est chargé de procéder à l'analyse de l'organisation administrative et du bilan financier afin de pouvoir chiffrer l'impact financier du projet ;
- ⊕ le groupe logistique et technique : a pour mission de faire le point sur tous les problèmes logistiques, techniques, biomédicaux qui se posent dans l'hôpital ainsi que sur la faisabilité technique de tous les projets proposés.

La mise en application du projet d'établissement est suivie d'un contrôle et d'une évaluation à partir d'indicateurs pertinents pour suivre la progression de l'hôpital par rapport aux objectifs fixés.

C. Suivi et évaluation des projets d'établissement

En effet, le suivi et l'évaluation sont intimement liés. Ils constituent des outils nécessaires de gestion et contribuent à la prise de décisions et à établir l'exercice effectif des responsabilités. Le suivi est une fonction qui vise essentiellement à fournir aux services de gestion d'un projet d'établissement et aux parties prenantes des indicateurs sur les projets réalisés ou sur leur absence, dans la réalisation des objectifs du projet.

C'est donc un processus continu de collecte et de traitement immédiat de l'information qui vise à fournir aux responsables de projet des données précises sur chaque opération pour

apprécier d'une part ce qui est réalisé par rapport à ce qui était prévu afin d'adapter l'action aux circonstances, d'autre part les effets des actions réalisées.

Le processus de suivi/évaluation demande une combinaison d'informations quantitatives et qualitatives afin d'être complet. Ces informations émanent des indicateurs de performance qui fournissent le cadre référence du système de suivi/évaluation. Les indicateurs sont essentiels dans le système de suivi/évaluation, parce que qu'ils représentent ce que vous mesurez et/ou évaluez. Les indicateurs utilisés sont mesurables. Ce sont des signes tangibles que quelque chose a été faite ou a été achevée.

1. La qualité des projets d'établissement

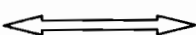
La qualité est un concept difficile à évaluer. Une étude a été faite sur le projet qualité en 2007 sur un échantillon de 1022 patients pour pouvoir l'évaluer et connaître son impact sur le plan organisationnel. Différents indicateurs sont utilisés pour évaluer la qualité de ce projet. Il s'agit de :

➤ la prise en charge (accueil à l'entrée)

9% des patients affirment n'être pas du tout satisfaits

8,4%  très peu satisfaits

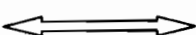
18%  peu satisfaits

24,3%  satisfaits

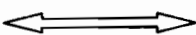
40,3%  très satisfaits

➤ la qualité de l'assistance fournie aux patients pour les formalités administratives

7,9%  pas du tout satisfaits


9,5%  très peu satisfaits

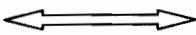
17,1%  peu satisfaits

30,7%  satisfaits

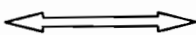
34,8%  très satisfaits

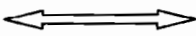
➤ La qualité de l'accueil dans les services médicaux et chirurgicaux

5,4%  pas du tout satisfaits


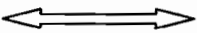
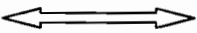


7,1%  très peu satisfaits

15,7%  peu satisfaits

27%  satisfaits

44,8%  très satisfaits

➤ **la qualité des soins**

- 3,4%  pas du tout satisfaits
- 5,9%  très peu satisfaits
- 16,8%  peu satisfaits
- 30%  satisfaits
- 43,9%  très satisfaits

Critères	Taux de Satisfaction	Taux d'insatisfaction
la prise en charge (accueil à l'entrée)	64,6 %	35,4%
la qualité de l'assistance fournie aux patients pour les formalités administratives	65,5 %	34,5 %
La qualité de l'accueil dans les services médicaux et chirurgicaux	71,8 %	28,2 %
la qualité des soins	73,9 %	26,1 %

Tableau 6 : Taux de satisfaction et d'insatisfaction des patients suivant différents critères

Source : Direction des Soins

D'une manière générale, 65% au moins des patients sont satisfaits de la qualité des prestations de service. Par contre 35% des patients sont insatisfaits de la prise en charge (accueil à l'entrée) et de la qualité de l'assistance fournie pour les formalités administratives. Ce taux assez élevé de 35% constitue un point faible pour l'HPD vu les efforts consentis par la direction dans la formation.

L'hôpital doit disposer d'un personnel compétent et suffisant pour améliorer la qualité de la prise en charge à l'accueil et la qualité de l'assistance fournie aux patients pour les formalités administratives.

La mise en place des projets d'établissement au sein de l'Hôpital Principal de Dakar nécessite des moyens financiers afin que les objectifs fixés soient atteints.

2. Le coût des projets d'établissement

Le coût des projets d'établissement a été respecté à l'exception du projet administratif et logistique. Ceci s'explique par une fluctuation des prix du marché.

Le tableau ci-dessous nous donne un récapitulatif du coût (Millions F CFA) de chaque projet d'établissement.

	Infrastructure	Equipement	Informatique	Formation	Prestations	Total
Projet médical	1 463,80	5 982,10	301,9	250,9		7 998,7
Projet de soins infirmiers		38,7		81,83		120,5
Projet Administratif	245	540	103	40	451	1 379
Projet social					880	880
Projet formation				382,7		382,7
Total projet	1 708,8	6 560,8	404,90	755,43	1 331	10 760,93

Tableau 7 : Récapitulatif du coût des projets d'établissement

Source : Direction des soins

Par ailleurs tous les plans d'actions prévus n'ont pas été réalisés entre 2002 et 2006. Le tableau ci-dessous nous donne une comparaison entre le nombre d'actions prévues et le nombre d'actions réalisées.

ANNEES	NOMBRE D' ACTIONS PREVUES	NOMBRE D' ACTIONS REALISEES	TAUX DE REALISATION
2002	15	12	80%
2003	13	12	92,31%
2004	14	9	64,28%
2005	13	9	69,23%
2006	10	8	80%

Tableau 8 : comparaison entre le nombre d'actions prévues et le nombre d'actions réalisées.

Source : Direction des Soins

Entre 2002 et 2006, nous avons pu déceler des points forts mais aussi des points faibles concernant les projets d'établissement. Dans un premier temps 76% des actions prévues ont été réalisées. Cela atteste la participation massive des acteurs aux différents projets. Dans un second temps, nous avons constaté que tous les plans d'actions relatifs au volet social n'ont pas été réalisés. Or ce volet est d'une grande importance au sein d'un Etablissement Public de Santé, car il favorise le dialogue social et la motivation des employés.

La réussite d'un projet nécessite aussi le déploiement de ressources humaines qualifiées. Ce capital humain constitue le facteur déterminant du succès des projets.

SECTION 3 : LE DEVELOPPEMENT ET LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Parmi les nombreuses fonctions du Responsable des Ressources Humaines, nous étudierons la formation et le développement des compétences au sein de l'Hôpital Principal de Dakar. Mais en son sein, cette fonction est assurée par la cellule formation. Cette cellule a été créée en 2001 et a pour fonction essentielle d'assurer la poly compétence des employés et d'assurer leur promotion sociale. Il n'est pas inutile de rappeler que la formation est à la base de la plupart des améliorations de performance.

A. La formation dans l'Hôpital Principal de Dakar

L'Hôpital évolue dans un environnement changeant et la nécessité de s'adapter est donc une œuvre permanente pour les hôpitaux qui se veulent pérennes.

Aussi les acteurs qui les animent ont envie de satisfaire des besoins de plus en plus croissants. La formation est donc un moyen pour les décideurs de parvenir à résoudre le problème de croissance continue.

La formation en organisation peut être définie comme l'acquisition de connaissance et la modification des comportements.

La politique de ressources humaines dans un hôpital doit se bâtir sur la stratégie globale de cet hôpital et répondre aux attentes du personnel. Elle doit permettre au personnel de s'approprier la culture de l'hôpital. Cette politique permet également au sommet stratégique d'avoir une grande considération pour son personnel et le considérer comme le maillon principal et indispensable à l'existence même de l'hôpital et à son évolution.

L'Hôpital Principal de Dakar possède un patrimoine de talents, de savoirs et d'expérience qu'il s'applique à gérer ; cela conduit à accroître ce patrimoine et assurer sa pérennité, non seulement par la formation mais la mise en œuvre de la transmission systématique des savoir-faire et de l'expérience acquise.

La formation continue représente pour l'Hôpital Principal de Dakar un investissement important et s'articule autour du développement des compétences, de l'acquisition de nouveaux savoirs et de l'adaptation du personnel à son poste de travail. Elle se traduit par des formations qualifiantes, des formations collectives et des formations en interne et a pour finalité la production de compétences nécessaires à la maîtrise des situations professionnelles et de leur évolution. C'est ainsi que pour l'année 2008, la formation continue a permis la

réalisation de 56 actions en interne et externe et a bénéficié à 50% des salariés de toutes catégories professionnelles, et dans tous les domaines.

Pour l'année 2009, l'on a noté une augmentation des demandes de formation et des stages à l'étranger ainsi qu'un positionnement des services administratifs et logistiques. Mais la distribution des formations a ciblé les paramédicaux (secrétaires, cadres infirmiers), les personnels administratifs et financiers, les personnels de logistique et les personnels médicaux. Elle concerne les domaines suivants : la bio maintenance, le management, la comptabilité, la gestion administrative et financière, l'informatique, l'électricité et le froid ; la logistique, l'hygiène hospitalière, l'hygiène de la sécurité alimentaire, les soins infirmiers et obstétricaux, la médecine, et la chirurgie.

Ce programme de formation présente des objectifs qui sont en relation directe avec les objectifs de l'hôpital.

1. Objectifs du programme de formation

La formation doit répondre à un certain nombre d'objectifs spécifiques :

- † améliorer la qualité des services ;
- † améliorer la qualité de la prise en charge (PEC) des patients ;
- † renforcer les capacités en gestion des équipes ;
- † améliorer la qualité de l'accueil ;
- † améliorer la qualité de l'hygiène ;
- † améliorer la qualité de la restauration ;
- † participer à l'effort de formation continue à l'HPD ;
- † appuyer la formation continue à l'HPD ;
- † appréhender les métiers de la progression infirmière ;
- † qualifier des personnels par promotion interne ;
- † renforcer les capacités en santé de la reproduction.

Ces différents objectifs figurent dans un document écrit appelé plan de formation. Ce document rassemble l'ensemble des actions de formation décidées par le Conseil d'Administration ou celles demandées par un ou plusieurs agents et acceptées par le conseil.

2. Le plan de formation

L'une des principales activités de la cellule formation est l'exécution du plan annuel de formation (annexe n°4). Celui-ci est élaboré après une étude concertée des besoins de formation exprimés par l'ensemble des personnels et approuvé par le Conseil d'Administration de l'Hôpital Principal de Dakar.

Selon MEIGNANT, Alain « le plan de formation est la traduction opérationnelle et budgétaire des choix du management d'une organisation sur les moyens qu'il affecte dans une période donnée, au développement de la compétence individuelle et collective des salariés. »²⁹

Pour préparer un plan de formation il faut donc respecter différentes étapes (annexe n°3) :

- ⊢ identifier les besoins en formation : à la fin de chaque année, la cellule formation distribue des fiches d'entretien de notation annuelle et des fiches d'identification des besoins en formation à chaque service (annexe n°2) ;
- ⊢ préparation du plan de formation annuel par la dite cellule ;
- ⊢ validation du plan de formation annuel par le comité de formation ;
- ⊢ approbation du plan par le Conseil d'Administration (CA) : le CA donne son avis simple sur le projet de plan de formation ;
- ⊢ mise en œuvre de la formation sous forme de modules ou de stage par les organismes retenus après appels d'offre ;
- ⊢ mise en œuvre des acquis ;
- ⊢ évaluation de la formation.

Le plan de formation pour l'année 2009, qui a été soumis à l'adoption du Conseil d'Administration est un état prévisionnel d'actions de formation que la direction décide de faire suivre aux salariés, sur proposition des supérieures hiérarchiques. Ce plan de formation prévoit 35 actions en interne et 25 actions à l'étranger, 33 actions de formation par des experts étrangers et une action de formation en ligne. Le budget prévu à cet effet est financé sur fonds propre, par le Fonds de Développement de Formation Professionnelle (FONDEF) et par le Fonds de Solidarité Prioritaire.

L'évaluation de la formation se fait grâce à des indicateurs de performance qui sont regroupés dans un tableau de bord selon un modèle cohérent et significatif.

²⁹ Alain MEIGNANT « Manager la formation » ; Paris ; 4^{ème} Edition actualisée et enrichie ; Editions Liaisons ; 1997

3. Le tableau de bord de la formation

Selon Pierre VOYER, le tableau de bord est défini comme « une façon de sélectionner, d'agencer et de présenter les indicateurs essentiels et pertinents, de façon sommaire et ciblée, en général sous forme de coup d'œil accompagné de reportage ventilé ou synoptique, fournissant à la fois une vision globale et la possibilité de forer dans les niveaux de détail. »³⁰

Différents indicateurs de performance sont utilisés par la cellule formation de l'Hôpital Principal de Dakar pour évaluer l'efficacité et l'efficience de la formation. Il s'agit :

+ **des indicateurs de ressources** : au titre de l'exercice 2007, le budget de la cellule formation est de 195 millions dont 70 millions sur fonds propres, 100 millions financés par la coopération française et 25 millions par le FONDEF. En 2007, le coût de la formation représentait 1,6% par rapport à la masse salariale.

Le taux des frais de formation a connu une évolution croissante entre 2004 et 2007 avec une diminution en 2006. Cette augmentation témoigne de l'importance accordée à la formation à l'Hôpital Principal de Dakar.

ANNEES	FRAIS DE FORMATION
2004	27%
2005	36%
2006	-15%
2007	21%

Tableau 9 : Evolution du taux des frais de formation financés sur fonds propres entre 2004 et 2007

Source : SCGAI

+ **des indicateurs de réalisation** : 50% des agents de l'hôpital ont été formés au cours de l'année 2007 et 67 actions ont été réalisées dont 47 en interne et 20 en externe.

³⁰VOYER, Pierre « Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance » ; Deuxième Edition ; Presses de l'Université du Québec ; 1999 ; 39 p

L'année 2007 a été marquée par l'arrivée des stagiaires du deuxième cycle de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Dakar dont 50 720 heures leur ont été consacrées.

- ⊕ **des indicateurs de satisfaction** : la satisfaction est ici évaluée à travers trois (03) critères : le type de formation (par rapport à une formation effectuée en présentiel), le contenu de la formation et son ergonomie.

Les critères de satisfaction retenus sont l'adéquation de la formation aux besoins de l'apprenant, le sentiment de facilité et de compréhension de la formation et le sentiment de liberté de personnalisation de la formation.

- ⊕ **des indicateurs de résultat** : ces indicateurs mesurent les effets immédiats de la formation au plan individuel (changement de méthode de travail, changement de comportement etc.)

- ⊕ **des indicateurs d'impact** : ces indicateurs mesurent l'impact de la formation sur le plan organisationnel (amélioration de la qualité des services, augmentation des recettes etc.)

Cette formation n'est efficace que s'il a des impacts sur la structure organisationnelle donc sur la performance de l'Hôpital Principal de Dakar.

4. La formation et la performance organisationnelle

L'importance de la formation, en tant que facteur susceptible de créer de la richesse, a été clairement établie à l'Hôpital Principal de Dakar. Après la formation, le poste occupé par le bénéficiaire est en parfaite adéquation avec les objectifs de la formation. Cela contribue à l'amélioration de la performance organisationnelle de l'hôpital. Par ailleurs la direction met à la disposition des bénéficiaires les ressources nécessaires surtout matérielles et financières pour faciliter le travail et contribuer ainsi à l'atteinte des objectifs de l'hôpital.

En somme, la performance de la formation est fonction de l'organisation mais aussi des ressources qui sont allouées aux services dont émanent les bénéficiaires.

La relation entre la formation sous ses diverses formes et la variation de la performance met en jeu un système complexe dont les relations sont à la fois sociales et économiques. Il n'existe pas en fait de relation linéaire entre éducation et production mais un ensemble d'interrelations qui peut être approché par une figure du type suivant :

Patrice TINE

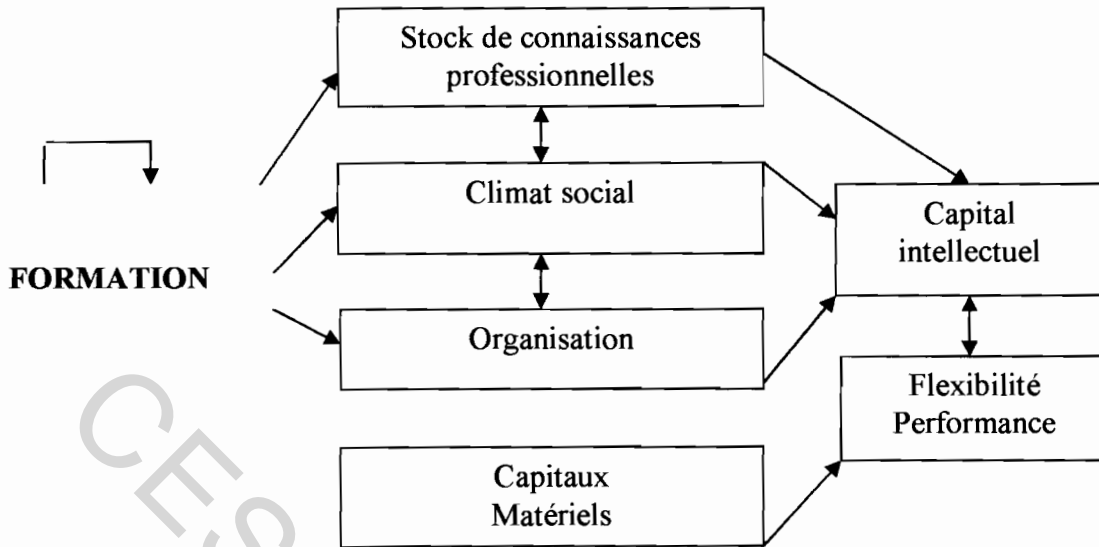


Figure 4 : Relation entre la formation et la performance

Source : MARTORY, Bernard et CROZET, Daniel ; 2003 ; 107 p

Cette formation est à la base du développement des compétences de tous les bénéficiaires au sein de l'hôpital Principal.

B. Le développement des compétences dans l'Hôpital Principal de Dakar

1. La notion de compétence

Depuis quelques années déjà, les grandes organisations les plus performantes ont placé le concept de concept « compétence » au cœur de leurs stratégies de gestion des ressources humaines, et cette tendance semble gagner de plus en plus certains Etablissement Publics de Santé en particulier l'Hôpital Principal de Dakar.

De ce point de vue on peut évoquer la notion de compétence comme « l'aptitude des personnes à mettre en œuvre, au-delà de leurs connaissances propres, les ressources physiques, les savoirs et savoir-faire constitutifs de l'entreprise dans des conditions de travail, un rôle défini, une mission spécifique. Ainsi la compétence individuelle se réalise dans le cadre d'un processus d'action déterminé : c'est un processus qui au-delà de savoirs et des savoir-faire, fait appel au savoir être des personnes et de leurs aptitudes éthiques. »³¹ (M. MBIDA, Réal ; Module de Gestion des Ressources Humaines » ; 2008)

³¹ M. MBIDA, Réal, professeur au CESAG et Chef de département de l'ISMEO « Module de Gestion des Ressources Humaines » ; 2008

Le savoir-agir et le savoir-réagir s'ajoutent à ces notions ci-dessus pour mieux définir ce qu'est la compétence aujourd'hui, c'est-à-dire capable dans une situation nouvelle d'agir ou de réagir de telle sorte que l'on ne doit systématiquement faire appel à une autre personne pour face à cette nouvelle.

Dans la pratique l'exercice de la compétence acquise est différent selon les situations et l'organisation du travail. La plus grande partie des activités font appel à des savoir-faire simples et plus ou moins répétitifs. Le savoir-agir correspond à des situations complexes et est allié aux événements qui nécessitent des initiatives et d'innover.

2. Le transfert de compétences dans l'hôpital

Cet aspect est d'une grande importance au sein de l'hôpital. Différents modes de transmission sont considérés :

- la socialisation : cette transmission se fait naturellement par des groupes de travail, des réunions pour la résolution d'un problème et les différentes techniques de créativité. La décentralisation a joué un rôle considérable dans ce mode de transmission de compétence ;
- l'explication : il s'agit de transformer son savoir en concept explicite en faisant appel à des dessins ou des images.

3. La gestion prévisionnelle des compétences

La gestion prévisionnelle peut être définie comme une réflexion sur les moyens qui permettent de réduire l'écart entre les besoins de l'Hôpital Principal de Dakar (en termes de compétences requises nécessaires pour pouvoir atteindre les objectifs fixés) et les ressources humaines disponibles (salariés).

Depuis quelques années l'hôpital ne recrute que des agents ayant le BFEM ou ayant atteint ce niveau. Cela a permis à ces derniers d'évoluer c'est-à-dire de passer d'un statut initial à un statut supérieur. Cette évolution nécessite d'abord la formation de l'agent dans son domaine de spécialisation ou dans un autre domaine ou l'admission à un concours.

Entre 2000 et 2008, le nombre d'agrégés au sein de l'hôpital est passé de un (01) à dix (10) dont un départ. Le personnel médical de l'hôpital est essentiellement constitué par :

- + 9 professeurs agrégés ;
- + 25 spécialistes ;

- ⊕ 01 vétérinaire ;
- ⊕ 05 pharmaciens ;
- ⊕ 28 assistants ;
- ⊕ 03 généralistes.

La formation et le développement des compétences occupent une place importante au sein de l'hôpital car c'est là que réside sa véritable richesse. Elle représente 1,6% de la masse salariale. L'hôpital dispose d'un personnel hautement qualifié mais insuffisant pour assurer la gestion de toutes les fonctions. Par conséquent les actions de formation engagées doivent être poursuivies et généralisées pour tenir compte du niveau encore insuffisant des acteurs de la chaîne administrative.

Au niveau interne nous avons décelé plus d'atouts que de points faibles. Les premiers sont essentiellement constitués par :

- ⊕ la décentralisation favorisant la prise de décisions adéquates au moment opportun ;
- ⊕ la participation massive des acteurs aux différents projets entraînant ainsi la réalisation de 76% des actions prévues ;
- ⊕ les patients sont satisfaits au moins à 65% des prestations de service ;
- ⊕ l'importance accordée à la formation au sein de l'hôpital.

Les seconds sont constitués par la non réalisation des plans d'actions relatifs au volet social entre 2002 et 2006 et par le taux assez élevé d'insatisfaction des patients par rapport à la prise en charge à l'accueil et à l'assistance fournie pour les formalités administratives.

Outre l'aspect organisationnel, nous évaluerons la performance du contexte externe en se basant sur les liens avec les intervenants, sur l'aspect social et enfin sur l'aspect technologique de l'hôpital.

CHAPITRE 2 : LE CONTEXTE EXTERNE

SECTION 1 : LIENS AVEC LES INTERVENANTS

A. Les clients

Dans cette partie nous utiliserons deux (02) indicateurs pour connaître la qualité des relations liant l'hôpital à ses clients (patients).

1. La qualité des conventions ou des contrats liant l'hôpital aux clients

Les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) ont introduit une deuxième révolution du marketing qui renforce l'orientation client sous le nom de management ou gestion de la relation client. Cette gestion de la relation client a permis à l'Hôpital Principal de Dakar de mettre des boîtes à idées et de faire une enquête sur le terrain (en cours) afin d'offrir également un service de qualité meilleure. Tout ceci grâce à la masse de données que l'hôpital accumule sur le client et dont il organise l'accessibilité en temps réel pour son personnel.

D'après notre questionnaire et nos entretiens tenus avec certains responsables de la direction en particulier le directeur des soins, l'Hôpital Principal de Dakar entretient de bonnes relations avec ses clients. Cette relation se traduit par le service de qualité qu'offre l'hôpital à ses patients. Cette qualité définie comme étant une aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire les exigences dépend de plusieurs aspects :

- l'évolution technologique : l'Hôpital Principal de Dakar s'équipe de la dernière technologie et met en place des ressources humaines qualifiées pour s'assurer de leur bonne utilisation et de leur maintenance ;
- l'accessibilité financière : l'hôpital adapte le coût des services au coût de la vie de la population. 54,4% des clients ou des patients trouvent les tarifs des prestations des soins élevés à très élevés. Par contre 25,2% des patients trouvent que ces tarifs ne sont pas élevés. Toutefois 20,4% des patients estiment ne pas pouvoir apprécier le tarif des prestations ;

- l'accessibilité géographique : une enquête menée auprès des patients des hôpitaux de Dakar en 2004 par la Direction des Etablissements Public de Santé apporte les enseignements suivants : la moyenne d'âge des patients s'établit à 35 ans, l'âge le plus observé est de 25 ans et l'âge maximal est 90 ans. Pour se rendre à l'hôpital, les patients affirment à 41 % qu'ils ont emprunté les transports en commun qui, pour la plupart, circulent lentement en raison de la densité élevée de la circulation dans la ville principalement à Dakar.

L'orientation client et la gestion de la relation client signifient que, plus de personnes dans l'hôpital comprennent les attentes spécifiques et changeantes des différents clients et agissent pour créer des processus apportant de la valeur-client. Il en résulte une satisfaction des clients ou bénéficiaires, une rétention des patients ou bénéficiaires et la conquête de nouveaux clients. Ce qui se traduit par plus de fidélisation et une meilleure relation entre les clients et l'hôpital.

Cette relation entre l'HPD et ses clients a un effet non négligeable sur le nombre de consultations médicales par an.

2. Le nombre de consultations médicales par an

Le tableau ci-après présente l'évolution du nombre de consultations médicales par an.

ANNEES	NOMBRE
2004	86 198
2005	106 432
2006	107 797
2007	111 867

Tableau 10 : Evolution du nombre de consultations médicales par an

Source : Direction des soins

Le nombre de consultations médicales croît régulièrement d'année en année. Cette augmentation du nombre de consultations confirme les bonnes relations existant entre l'Hôpital Principal et ses clients.

Outre les clients, l'Hôpital Principal de Dakar entretient des relations avec divers fournisseurs. Ces derniers livrent à l'hôpital des produits pharmaceutiques, des produits de la restauration, du matériel logistique, du matériel médical etc. pour le bon fonctionnement des différents services.

B. Les fournisseurs

D'après nos entretiens avec les chefs de service et de département nous pouvons affirmer que l'Hôpital Principal de Dakar entretient de bonnes relations avec ses fournisseurs. Mais, des dysfonctionnements sont quelque fois notés. Considérant l'importance de la dette globale de l'hôpital certains fournisseurs n'hésitent plus, à refuser toute livraison avant règlement complet de la totalité de leurs précédentes factures. D'autres préfèrent ignorer les demandes de ravitaillement provenant de l'hôpital. D'autres encore demandent systématiquement le paiement au comptant préalablement à toute livraison.

Au cours de l'année 2007, il a été constaté des ruptures de stock de médicaments spécifiques ou des indisponibilités de certains matériels structurants provoqués par des refus de livraison, de commande ou de blocage sous douanes pour absence de règlement d'une dette plus ou moins importante.

Compte tenu des ces difficultés récurrentes et croissantes, les fournisseurs institutionnels remettent en cause la crédibilité des services dépensiers et plus généralement de l'hôpital, les rapports de confiance qui avaient été établis et la réputation de partenaire privilégié qui caractérisait l'établissement. Il est à craindre que ce soit la sécurité des patients et la qualité des soins qui soient en jeu à court terme.

C. Le personnel

Le personnel forme le cœur de l'hôpital en exécutant des tâches subordonnées. Dans cette partie nous parlerons d'abord de l'engagement des employés puis du taux de participation à une situation urgente et enfin de la productivité de la main d'œuvre.

1. L'engagement des employés

L'engagement ou la mobilisation des employés se définit comme un état d'attention totale et d'effort intense durant lequel l'employé s'applique à accomplir une tâche ou à régler un problème perçu comme très important de l'hôpital. Parfois l'engagement est défini comme faisant partie de l'affect positif, un intérêt qui pousse le personnel de l'hôpital à s'approcher des objets et des réalisations plutôt que de les éviter.

De ces deux (02) définitions nous pouvons soutenir l'idée que l'engagement est la connexion tripartite qui s'établit entre un employé et son travail et son organisation ; elle s'établit dans le quotidien de l'employé et elle conduit à donner un bon rendement au travail.

Dans le cadre de notre étude nous nous sommes basés sur certains facteurs du milieu de travail qui sont empiriquement liés aux effets critiques de l'engagement des employés. Les facteurs d'engagement des employés ont un effet sur les droits constatés de l'hôpital, sur le nombre de consultations médicales et sur le taux d'absentéisme.

Le tableau ci-dessous présente l'évolution du taux des droits constatés de l'Hôpital Principal de Dakar entre 2004 et 2007.

ANNEES	EVOLUTION DU TAUX DES DROITS CONSTATES
2004	0,89%
2005	17,05%
2006	-2,95%
2007	9,59%

Tableau 11 : Evolution du taux des droits constatés entre 2004 et 2007

Source : SCGAI

D'une manière générale les droits constatés ont connu une hausse de 26% entre 2003 et 2007. En 2007, les droits constatés ont connu une augmentation de 9,59% par rapport à 2006. Cette hausse s'explique par un engagement des employés mais aussi et surtout par une maîtrise du

système de facturation devenu plus exhaustif avec l'installation du logiciel intégral. En 2007, la facturation des frais d'hospitalisation représentait 57% des droits constatés et la facturation des soins externes 43%.

Nous constatons une évolution nette du taux des droits constatés entre 2004 et 2005. Cependant en 2006, ce taux a connu une **baisse de 2,95%** par rapport à 2005. Cette baisse est due à la fermeture de certains services au cours de l'année.

Les consultations médicales de l'hôpital ont connu la même évolution que les droits constatés entre 2004 et 2007 mais, les premières n'ont pas connu une baisse.

2. Le taux de participation à une situation d'urgence

Le 22 avril 2008, une crise d'hystérie collective a été constatée au Lycée Lamine GUEYE de Dakar dépassant les limites du rationnel. Par conséquent, une équipe médicale de l'Hôpital Principal de Dakar a été mandatée pour le suivi des victimes d'hystérie.

Concernant notre étude nous avons calculé le taux de participation en utilisant le rapport suivant :

$$\text{Taux de participation à une situation d'urgence} = \frac{\text{Nombre de participants à une situation d'urgence}}{\text{Nombre de salariés au sein de l'hôpital}} * 100$$

$$\text{Taux de participation à une situation d'urgence} = \frac{100}{1168} * 100 = \mathbf{8,56\%}$$

Ce taux est faible mais largement suffisant pour assurer le suivi des victimes. En effet, un taux très élevé entraînerait une inefficacité des prestations de service.

3. La productivité de la main d'œuvre

La productivité de la main d'œuvre est définie comme étant le rapport entre la valeur ajoutée et les charges de personnel (salaires).

Le tableau ci-dessous présente l'évolution de la productivité de la main d'œuvre entre 2004 et 2007.

ANNEES	PRODUCTIVITE DE LA MAIN D'ŒUVRE
2004	1,14
2005	1,02
2006	0,78
2007	1,20

Tableau 12 : Evolution de la productivité de la main d'œuvre entre 2004 et 2007

Source : ACP

La productivité de la main d'œuvre utilisée par l'Hôpital Principal de Dakar a baissé entre 2004 et 2006. En 2006, cette main d'œuvre n'était pas productive dans la mesure où le rapport entre la valeur ajoutée et les charges de personnel était inférieur à « 1 ». En effet, les services vendus avaient baissé de 6,44% et les produits accessoires de 44,59%. Cette baisse s'explique par une non facturation de 664 665 107 F CFA. Cette facturation a été réglée en 2007 d'où la hausse observée.

L'Hôpital Principal de Dakar entretient de bonnes relations avec ses clients, ses fournisseurs et son personnel. Cependant des efforts devraient être fournis vis-à-vis des fournisseurs pour éviter le refus de livraison de commande au détriment des patients et préserver ainsi l'image de l'hôpital au niveau externe. Le personnel occupe une place considérable au sein de l'hôpital car représentant au moins 80% de la valeur ajoutée entre 2004 et 2007.

SECTION 2 : LE CONTEXTE SOCIAL

Dans cette partie nous parlerons d'abord de l'enjeu de l'hôpital dans la dimension sociale puis de la nature des relations existantes entre la direction et les représentants du personnel et enfin des conditions de sécurité.

A. Enjeu de l'hôpital dans la dimension sociale

Dans un environnement instable, il devient essentiel d'investir dans des ressources en misant, notamment, sur les pratiques de gestion des ressources humaines qui favorisent le développement d'attitudes positives de la part des employés à l'égard de l'hôpital.

L'Hôpital Principal de Dakar s'intéresse à rentabiliser ses ressources sur la période et définit les politiques à mettre en œuvre pour la motivation et le sentiment d'appartenance à l'hôpital par une information des salariés sur leur situation et une implication du personnel dans ses objectifs.

L'hôpital prévoit également les mouvements du personnel et veille à l'adéquation entre les profils agents et les postes par une politique cohérente de formation et/ou de recrutement. Il veille à assurer le bon fonctionnement des instances de représentation du personnel (organisations syndicales, délégués du personnel).

Le Service Administratif des Ressources Humaines (SARH) veille aussi à l'administration du personnel c'est-à-dire à la gestion du contrat depuis sa rédaction jusqu'à sa cessation et l'application des dispositions légales conventionnelles du droit social.

Cet enjeu favorise les échanges, mais surtout la transmission de l'information nécessaire au fonctionnement de l'hôpital afin d'instaurer le dialogue social.

B. Le dialogue social au sein de l'hôpital

Le dialogue est une discussion entre deux (02) acteurs en vue d'aboutir à un accord. Le dialogue devient social lorsqu'il concerne les relations entre les individus au travers de leur représentation, les relations entre un individu et un groupe, les relations entre les salariés et leur hiérarchie. La qualité du dialogue social repose en particulier sur la nature des relations, et sur le degré d'importance des conflits et crises.

Le dialogue social est défini comme un outil de coopération entre les partenaires sociaux et est un moyen privilégié de prévenir, gérer et atténuer les risques de conflits sociaux. Il constitue un gage de l'instauration de la paix sociale et civile. Cela permet de préciser la

nature des relations existantes entre la direction et les représentants du personnel (qu'il s'agisse de délégués syndicaux ou de délégués du personnel).

1. La nature des relations sociales

Au sein de l'Hôpital Principal de Dakar, la qualité des relations sociales est très bonne. Cela est dû au fait que le personnel est représenté lors des instances de décision. A titre d'exemple, le représentant civil du personnel était présent lors du dernier Conseil d'Administration (CA). Cela atteste la prise en compte du personnel par les dirigeants.

La performance d'une organisation ne dépend pas son capital matériel mais de son capital humain. D'où l'intérêt de la prise en compte de ce capital immatériel afin d'éviter les conflits et crises sociales.

2. Le degré d'importances des conflits et crises sociales (grèves, absentéisme)

Le conflit est un élément permanent du vécu de toute organisation. Il peut être défini par « l'existence de relations antagonistes entre deux ou plusieurs unités d'actions dont l'une au moins tend à dominer le champ social de leur rapport » (A. TOURAINE)

Dans le cas de notre étude nous utiliserons le taux de concentration conflictuelle pour connaître le degré d'importance des conflits.

$$\text{Taux de concentration conflictuelle} = \frac{\text{Nombre de grévistes}}{\text{Effectif à la même période du conflit}}$$

$$\text{Taux de concentration conflictuelle} = \frac{20}{1168} = 1,071 \%$$

En 2007, l'Hôpital Principal de Dakar a enregistré un taux de concentration conflictuelle très faible de l'ordre de 1,071 %. En effet, certains agents du personnel avaient suivi le mouvement de grève générale des autres syndicats (UNSAS). Ce mouvement de courte durée était précédé d'un sit-in qui s'est tenu à l'entrée de l'hôpital. Ce taux très faible confirme l'engagement des employés à l'égard de leur poste de travail.

Outre la grève, l'absentéisme est une perturbation au plan de production et de l'organisation du travail dans la mesure où il entraîne des mesures de régulation destinées à pallier ses conséquences négatives, mais aussi le témoignage d'un comportement socioculturel de refus provisoire et limité du travail et de baisse de l'implication.

Le diagnostic de l'absentéisme ne s'opère pas sur la base du recensement de l'ensemble des absences, d'une part du fait des limites des systèmes de mesure et, d'autre part, parce que certaines absences sont considérées comme « normales » et ne constituent pas des dysfonctionnements. Seules les absences ne relevant pas du fonctionnement habituel de l'hôpital sont retenues.

L'indicateur retenu pour mesurer le niveau global de l'absentéisme est le taux d'absentéisme défini par la formule suivante :

$$\text{Taux d'absentéisme} = \frac{\text{Heures d'absence pendant une période P} \times 100}{\text{Heures théoriques de travail pendant la même période}}$$

En 2007, le taux d'absentéisme était de 4%. Ce taux coûte à l'hôpital. Ainsi GLESS, Neil estime généralement que 1% de taux d'absentéisme coûte 1% de masse salariale. En effet l'élément de coût de l'absentéisme est le coût de perturbation : l'absence d'un travailleur est la source d'un manque à gagner.

C. Les conditions de sécurité

Comme pour les autres dysfonctionnements le nombre d'accidents de travail peut être envisagé à la fois comme une perturbation et comme le révélateur d'un mauvais état du système social de l'organisation qui le supporte.

« Est considéré comme accident du travail quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs. » (Code du travail, article .L. 415).

1. Les accidents de travail par an

Le tableau ci-dessous montre l'évolution du nombre d'Accidents avec Exposition au Sang (AES).

ANNEE	NOMBRE D'AES
2004	11
2005	15
2006	24
2007	21
2008	49

Tableau 13 : Evolution du nombre d'Accidents avec Exposition au Sang (AES).

Source : Résidence

Nous observons une évolution croissante du nombre d'AES entre 2004 et 2008 avec une légère baisse en 2007. Ces accidents sont essentiellement rencontrés à la pédiatrie, à la maternité et à la réanimation. Ces AES constituent un dysfonctionnement. A cet effet, la direction doit sensibiliser le personnel et l'inciter à respecter les consignes en portant des masques ou des gants pour éviter ces AES.

2. Les accidents graves de travail par an

Un accident grave est considéré comme un accident ayant entraîné, soit l'attribution d'une rente d'incapacité permanente, soit le décès.

Un accident grave (décès) a été noté au cours de l'année 2007. Il s'agit d'une dame qui a fait un accident de voiture au niveau de Keur Mbaye FALL. Cependant, il faut noter que beaucoup d'accidents ne sont pas déclarés à l'Hôpital Principal de Dakar. Seuls les AES sont les plus déclarés et enregistrés.

En 2007, l'HPD a connu des points faibles et des points forts. Les premiers sont essentiellement constitués par les AES qui ont connu une augmentation entre 2004 et 2008 et les seconds par le faible taux de concentration conflictuelle et le faible taux d'absentéisme.

Ces derniers confirment l'engagement des employés mais aussi les bonnes relations qui prévalent entre le personnel.

SECTION 3 : LE CONTEXTE TECHNOLOGIQUE

Il convient d'expliciter au préalable le concept de technologie, puis celui de technologie de l'information, avant de se focaliser sur un concept plus large et plus pertinent d'un point de vue organisationnel, celui des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) et celui du Système d'Information (SI).

A. Les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC)

1. Le concept de technologie

On assimile généralement le concept de technologie aux techniques, procédés et outils qui envahissent les modes de fonctionnement de l'hôpital. On lui associe également des termes, comme celui de progrès technique, technologie avancée, nouvelles technologies et technologie de pointe.

Deux (02) déterminants permettent de cerner le concept de technologie. Il s'agit :

- ⊕ de sa portée : qu'est ce qui peut être considéré comme étant de la technologie ;
- ⊕ de son rôle : c'est-à-dire les fonctions établies et les impacts engendrés dans le contexte d'implantation et d'utilisation de cette technologie.

Nous distinguons deux visions divergentes du concept de technologie. La plus répandue et aussi la plus ancienne assimile la technologie aux équipements, outils et infrastructure technique mis en place en vue de permettre aux individus d'accomplir leurs tâches. C'est la vision matérielle selon laquelle la variable technologie est assimilée aux dispositifs et processus techniques.

Une seconde approche considère que cette vision matérielle est restrictive. Elle propose en lieu et place une vision plus large qui développe sous ce concept non seulement la dimension technique mais également les aspects relatifs aux tâches à accomplir, aux processus de transformation et aux connaissances et savoir-faire. Cette approche met particulièrement l'accent sur la vie humaine, sur les actions et cognitions des individus et groupes d'individus qui utilisent les dispositifs technologiques.

2. Le concept de technologie de l'information

Le terme « Technologie de l'Information » TI ou encore « Nouvelles Technologies de l'Information » NTI, formule qui met l'accent sur le caractère innovant est selon Zuboff (1998) « un label qui reflète la convergence de plusieurs courants de développement technique, comprenant la microélectronique, l'informatique, les télécommunications, le génie logiciel et l'analyse des données. »

Ce qui en ressort est une gamme d'outils qui permettent de réaliser des performances jamais atteintes en matière d'enregistrement, de stockage, d'analyse et de transmission de l'information. Les technologies de l'information sont donc avant tout de la technologie qui permet de transformer de l'information matière première en information produit fini, selon un certain nombre de dispositifs techniques et de processus. Parmi les plus importants : la saisie, le traitement, le stockage et la communication.

Les technologies de l'information ne se contentent pas d'automatiser les processus de manipulation de l'information, elles permettent surtout d'informer, c'est-à-dire de créer de l'information, dans un volume et une rapidité de traitement jamais atteinte auparavant, avec des impacts pressentis comme potentiellement positifs sur le fonctionnement des organisations.

3. Les outils des NTIC utilisés au sein de l'Hôpital Principal de Dakar

Au sein de l'hôpital différents outils sont utilisés pour faciliter le transfert de l'information jusqu'aux niveaux les plus bas et pour améliorer la qualité de l'information ou des services. Il s'agit de l'Internet, de l'Intranet et de la télémédecine.

3.1 L'Internet

L'Internet est défini comme « un réseau télématique international, issu du réseau militaire Arpanet et résultant de l'interconnexion de milliers de réseaux utilisant un protocole de communication commun. (Le Petit Larousse ; 100^{ième} Edition ; 2005)

Les services offerts comprennent :

- ⊕ le flash hebdo de la dernière semaine avant la mise à jour ;
- ⊕ les événements majeurs de l'hôpital ;
- ⊕ l'historique de l'hôpital ;
- ⊕ une rubrique suggestion pour les différents acteurs ;

- + des informations pour les visiteurs : les formalités administratives ;
- + etc.

Ce site de l'Hôpital Principal de Dakar est mis à jour au moins dans la semaine.

L'hôpital dispose aussi d'un réseau interne qui s'appuie sur les technologies d'Internet pour faciliter la communication et le partage du travail entre collaborateurs.

3.2 L'Intranet

Nous pourrions définir l'Intranet, tout naturellement, par rapport à l'Internet. En effet, ce qui le caractérise avant tout, c'est la connaissance et les spécificités de ses publics (personnel administratif, médical et paramédical). Il est en revanche beaucoup plus difficile d'identifier et de connaître le profil des visiteurs d'un site Internet à moins de mettre en place des outils de profilage ou de travailler en direction des cibles précises. C'est aussi un site réservé, en général aux collaborateurs de l'hôpital. Ce réseau privé, fonctionnant sur le modèle Internet permet de regrouper des ressources et de les mettre en commun.

L'Intranet, couplé aux systèmes décisionnels a permis de diffuser la représentation de l'hôpital et de ses activités. Ainsi l'hôpital l'utilise pour collecter et communiquer l'information, rendant accessible au plus grand nombre le modèle de performance, dans l'objectif de favoriser la convergence des buts et des comportements.

A plusieurs niveaux, l'Intranet participe à renforcer la cohésion des collaborateurs de l'hôpital, la cohésion humaine, la cohésion technologique, la cohésion organisationnelle.

3.3 La télémédecine

De façon plus spécifique, le développement des Nouvelles Technologies de l'Information et des Communications (NTIC) de l'Hôpital Principal de Dakar permet d'envisager de nouvelles façons d'exercer la médecine, et d'offrir des services médicaux spécialisés ou ultra spécialisés. C'est le cas de la télémédecine. Elle regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications. C'est un exercice de la médecine par le biais des télécommunications et des technologies qui permettent la prestation de soins de santé à distance et l'échange de l'information médicale s'y rapportant.

Elle vise notamment à conforter le travail en réseau des Etablissements Publics de Santé en matière d'imagerie médicale et d'améliorer la prise en charge des urgences. Cet instrument contribue à une meilleure prise en charge des patients quel que soit leur résidence. A titre

d'exemple, la radiologie numérique dont le projet est déjà mis en œuvre depuis 2007 (IRM) est une composante de la télémédecine. La radiologie numérique consiste en :

- ⊥ une lecture et un traitement par un appareil de l'image fixée par rayon X sur une plaque ;
- ⊥ la mise de l'image sur un serveur informatique, permettant la visualisation à l'écran et un partage de l'image par des liaisons informatiques à l'intérieur des hôpitaux et à l'extérieur sans contraintes de distance.

La radiologie numérique présente certains avantages parmi lesquels :

- ⊥ un accès aux réseaux de connaissances et la télé-coopération ;
- ⊥ un égal accès aux soins de qualité par l'accroissement des explorations radiologiques dès les premiers actes de la prise en charge des patients come dans les pays développés ;
- ⊥ une assurance qualité en médecine rurale ;

Le tableau ci-dessous présente certaines différences entre la radiologie classique et la radiologie numérique.

	Radiologie classique	Radiologie numérique	Observations
Temps de disponibilité des images	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Développement des films nécessitant de la main d'œuvre ☞ Film doit être transporté physiquement au prescripteur 	Pas de développement de film ; image traitée par un logiciel et mise en partage par un serveur	Economie budgétaire immédiate en dépense de personnel, et en matériel
Communication d'images et de résultats	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Communication point à point ☞ Expertise locale 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Communication globale ☞ Réseaux de connaissance mondiale 	La radiologie est une vision globale d'organisation et d'économie de santé

Tableau 14 : Différences entre la radiologie classique et la radiologie numérique

Source : Cellule Informatique

Les outils des NTIC et les systèmes d'information sont considérés comme des artéfacts liés entre eux. Ces outils étant le support parfois indispensable au déploiement des dispositifs propres aux systèmes d'information.

B. Le système d'information

Les technologies et systèmes d'information sont deux (02) concepts liés. Ce lien vient notamment du fait que certains outils techniques appartiennent au label Technologie de l'Information (TI) offrent un support parfois indispensable à la mise en place et au déploiement des systèmes d'information.

Ce concept peut être défini comme « un ensemble de processus formels de saisie, de traitement de stockage et de communication de l'information, basés sur des outils technologiques, qui fournissent un support aux processus transactionnels et décisionnels, ainsi aux processus de communication actionnés par des acteurs organisationnels individus ou groupes d'individus, dans une ou plusieurs organisations. »³²(KEFI, Hajer et KALIKA Michel ; 2004 ; 15 p)

L'implantation des systèmes d'information se généralise dans les organisations. Dans tous les domaines et les secteurs d'activité, les enjeux liés à ces systèmes sont d'une grande importance compte tenu du rôle qu'ils jouent dans le fonctionnement efficace et efficient des hôpitaux et leur potentiel compétitif. L'évaluation des systèmes d'information constitue de ce fait un sujet majeur sur le plan managérial.

Cette évaluation peut se faire sur de multiples perspectives dont la dimension technique (la performance des performances techniques de chaque outil) et stratégique (qui traite de l'impact du système d'information sur le positionnement concurrentiel de l'hôpital).

Nous proposons ainsi de construire une approche d'évaluation des systèmes d'information sous forme d'un processus où s'agencent dans l'ordre suivant une pluralité de mesures :

- l'évaluation de la performance stricto sensu du système d'information, appréhendée notamment par ses fonctionnalités propres, qu'elles soient purement techniques ou inhérentes à leur degré de satisfaction apporté aux utilisateurs ;
- l'évaluation de la performance de ce SI par les acteurs utilisateurs, appréhendée notamment par le degré de diffusion et d'utilisation de cet outil au plan individuel ;

³² KEFI, Hajer et KALIKA, Michel « Evaluation des Systèmes d'information : une perspective organisationnelle » ; Paris ; Edition Economica 2004 ; 15 p

- l'évaluation des impacts organisationnels du SI, étant donné qu'un SI réussi est celui qui contribue in fine à l'atteinte des objectifs organisationnels.

1. Degré de satisfaction apporté aux utilisateurs

La satisfaction est définie comme la valeur perçue, par les utilisateurs, de l'information par un ou plusieurs systèmes. Cette satisfaction a été définie par E. PATEYRON et R. SALMON comme « un caractère dominant chez un individu utilisant un système et considérée comme étant un indicateur de satisfaction au travail. »

Bien que relevant de la perception, la satisfaction de l'utilisateur est mesurable. Ainsi 75% des utilisateurs affirment être satisfaits et les 25% sont très satisfaits des SI. Ces derniers favorisent l'amélioration des prises des décisions due à une fiabilité et disposition de l'information et le contrôle des coûts.

Pour ces utilisateurs, le système d'information est un complément. Le SI filtre l'information ce qui a pour effet de réduire les erreurs liées au processus de perception et d'augmenter la qualité des décisions, particulièrement celles prises sous pression. Le SI favorise également un gain de temps.

2. Degré de diffusion et d'utilisation de cet outil au plan individuel

Considéré comme un sous-système qui retrace, analyse, emmagasine, et distribue l'information. Ce système d'information de l'hôpital est diffusé jusqu'aux niveaux hiérarchiques les plus bas. Cela a permis aux agents et particulièrement aux dirigeants de connaître toutes les informations relatives à un département ou à un service afin d'apporter des mesures correctives si nécessaire. Ces informations sont d'ordre financier, technologique et organisationnel.

Cependant l'utilisation de cet outil au plan individuel diffère suivant le service mais aussi suivant les compétences de la personne. Pour une utilisation efficace des systèmes d'information, les ressources intellectuelles sont de loin les plus importantes. Elles apportent toute leur intelligence aux systèmes. Ce constat mérite que le capital humain soit préservé et bonifié pour que les objectifs de l'hôpital soient atteints. Cela impose aux dirigeants d'investir sur la formation pour une utilisation efficace de ce système afin que cela ait un impact sur l'organisation.

3. Impact organisationnel du Système d'Information

Dans cette partie, nous traiterons la conception des SI en tant que déterminant de la performance. Suivant le degré de diffusion de cet outil au plan individuel, les SI peuvent entraîner la centralisation ou la décentralisation.

3.1 Les SI entraînent la centralisation

Selon **20%** des utilisateurs, les systèmes d'information permettent de centraliser certaines informations. Ces informations sont disponibles et utilisées par le sommet de la hiérarchie. Elles engagent l'avenir de l'hôpital à long terme.

3.2 Les SI entraînent la décentralisation

80% des utilisateurs affirment que les systèmes d'information entraînent la décentralisation et permettent de mécaniser certaines décisions aux niveaux bas de la hiérarchie et de libérer les individus du sommet de la hiérarchie afin qu'ils se consacrent à d'autres tâches. En effet, les systèmes d'information mettent à la disposition des dirigeants de l'hôpital l'information en temps réel et au niveau souhaité d'agrégation, ces mêmes outils sont potentiellement le véhicule de l'information aux niveaux hiérarchiques les plus bas.

4. Relations entre la DIH et le SCGAI

Depuis plusieurs années, l'informatisation des établissements hospitaliers est la règle dans les pays occidentaux, c'est le cas de l'Hôpital Principal de Dakar. Au sein de cet Etablissement Public de Santé, cette fonction est assurée par la Direction de l'Information Hospitalière (DIH). Cette direction entretient de plus en plus des relations étroites avec le SCGAI.

La DIH a pour objectif :

- ⊢ recueillir l'ensemble de l'information médico-économique ;
- ⊢ s'assurer de la qualité de l'information ;
- ⊢ traiter et analyser l'information ;
- ⊢ mesurer l'activité de la structure et son coût ;
- ⊢ mettre à la disposition de tous les intervenants l'information médicale ;
- ⊢ développer des activités d'épidémiologie, d'évaluation en santé et de recherche clinique.

A titre d'exemple, en plus du nombre de consultations médicales dont dispose le SCGAI, la DIH fournit au gestionnaire des informations sur les actes réalisés par les patients pendant l'hospitalisation, les pathologies associées (co-morbidité et complications) et dans une faible mesure la durée du séjour.

La DIH utilise la comptabilité analytique (outil du contrôleur de gestion) pour déterminer le coût de production d'un point d'indice synthétique. Cela permet de connaître la lourdeur de la prise en charge d'un groupe homogène de malade.

C. Le degré d'innovation dans le système de gestion

Innover, c'est « introduire quelque chose de nouveau dans un domaine » précise le Petit Larousse (1999). C'est aussi une idée, un programme, une pratique, ou un système et qui est nouveau pour l'hôpital. L'innovation permet à l'hôpital d'être plus compétitif et est un déterminant du succès organisationnel.

A cet effet, l'Hôpital Principal de Dakar dispose depuis 2007 d'une Imagerie à Résonance Magnétique (IRM). Dans ce monde développé, les solutions de service de télésanté apporteront globalement :

- ⊕ une amélioration de l'accès aux soins ;
- ⊕ une augmentation de la qualité de soins ;
- ⊕ une meilleure utilisation des ressources ;
- ⊕ une meilleure compétitivité de l'offre de santé ;
- ⊕ une accélération du transfert d'informations ;
- ⊕ l'amélioration de l'éducation médicale.

Cette innovation a nécessité une évaluation des données physiques de l'Hôpital Principal de Dakar nécessaires à la radiologie numérique. Il s'agit :

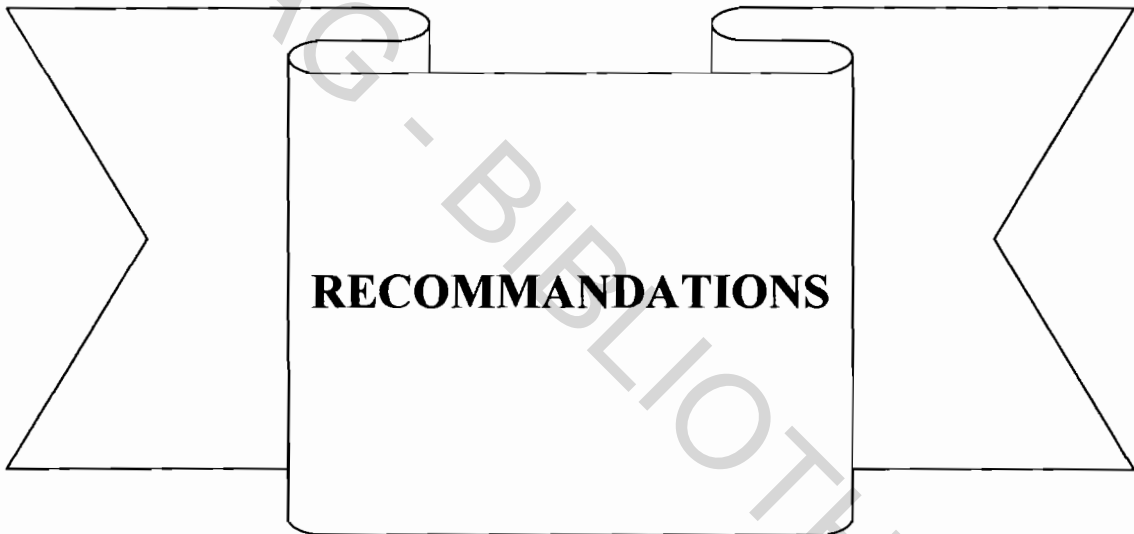
- ⊕ du parc informatique existant composé de 200 postes de travail et 04 serveurs ;
- ⊕ d'un budget global de 138 millions de FCFA dont 58,5 millions financés sur fonds propres depuis 2002 en matériels, câblages et logiciels pour les services ;
- ⊕ du choix de liaisons : câblage en fibre optique

Avant la fin du premier trimestre 2009, des connexions seront établies entre l'HPD et le Centre Hospitalier de Fann. Cela permettra de transmettre en un temps très court, images et sons. Cette connexion permettra d'assister à distance les personnes médicalement dépendantes ou d'établir un diagnostic pointu dans les régions les plus reculées où les spécialistes ne peuvent se rendre. Cette connexion rompt l'isolement des populations et des professionnels et

permet, particulièrement dans les pays en développement, de dépasser les barrières géographiques et socioéconomiques qui isolent les régions rurales.

D'une manière générale, la télémédecine (radiologie numérique, télé-enseignement) constitue une véritable source d'espoir pour les populations des pays en développement et particulièrement pour les populations africaines isolées et privées de l'accès aux soins. Les innovations techniques en matière d'information et de communication en élargissant le champ des possibilités diagnostiques et thérapeutiques peuvent être un moteur vers l'équité en matière d'accès aux soins.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



CESAG - BIBLIOTHEQUE

RECOMMANDATIONS

Le parcours réalisé dans nos investigations et l'analyse des résultats et constatations ont révélé l'importance des informations disponibles à l'issue de nos recherches et de nos enquêtes. Ces informations démontrent que le renforcement de la formation constitue la base de la performance de l'Hôpital Principal de Dakar.

Cependant l'interprétation de nos résultats préconise une approche au cas par cas pour élaborer les indicateurs d'impacts que nous avons proposé dans notre modèle de cadre logique. Ces indicateurs se révéleraient plus pertinents s'ils répondaient en termes de besoins et d'attentes des différents acteurs. C'est pourquoi nous présenterons certaines recommandations venant de nous, mais aussi venant des acteurs eux-mêmes.

Recommandations envers la Direction Générale

L'Hôpital Principal de Dakar devrait adopter un système de management par la qualité. Cette notion correspond à l'ensemble des directrices de prise en compte et de mise en œuvre de la politique et des objectifs qualité nécessaires à la maîtrise et à l'amélioration de divers processus d'un Etablissement Public de Santé.

La gestion de la qualité est un domaine central pour l'hôpital. Il est donc souvent utile d'imaginer une structure à cette activité qui concerne en fait l'ensemble des services et départements (bio maintenance, services médicaux et chirurgicaux etc.).

Cette notion de management par la qualité est clairement définie par la norme ISO. Celle-ci devrait s'inscrire dans une démarche stratégique de l'hôpital. Cette démarche donnerait à l'hôpital d'importants atouts. La procédure examine les différentes étapes du service rendu pour en déceler d'éventuels points faibles dans le but de les éliminer. La confiance des clients (patients, fournisseurs, personnel) s'en trouvera alors augmentée. Ces atouts incluent :

- ⊕ la confirmation claire de l'engagement de l'hôpital à maintenir une qualité supérieure ;
- ⊕ l'augmentation de la part de marché.

Ce système de management permettrait à l'hôpital de prouver à ses clients, concurrents, fournisseurs, employés que les pratiques sont respectées selon les exigences prescrites par la norme. Les évaluations régulières permettront de s'assurer que l'hôpital exploite, contrôle et améliore ses processus de manière continue, ce qui contribuera à renforcer les responsabilités, l'engagement et la motivation du personnel.

Ce système de management permettrait aussi à l'hôpital d'améliorer la qualité du service qui se décline sous deux (02) formes :

- ⊥ la qualité externe : correspond à la satisfaction des clients. Il s'agit de fournir un service conforme aux normes de la certification afin de les fidéliser et de faire adhérer d'autres. Les bénéficiaires de la qualité externe sont les patients et les partenaires externes ;
- ⊥ la qualité interne : correspond à l'amélioration du fonctionnement interne de l'hôpital. L'objet de la qualité interne est de mettre en œuvre des moyens permettant au mieux de décrire l'hôpital, de repérer et de limiter les dysfonctionnements. Les bénéficiaires de la qualité interne sont la direction et le personnel de l'hôpital.

Recommandations envers le Service de Contrôle de Gestion et d'Audit Interne (SCGAI)

Compte tenu de l'importance du SCGAI au sein de l'Hôpital Principal de Dakar, ce service devrait procéder à une évaluation globale (aspect organisationnel, aspect externe, aspect motivationnel) de la performance. Cela nécessiterait l'implication de la direction, mais aussi des chefs de service et de département. Cette implication est importante, sinon cette évaluation n'a pas sa raison d'être. Cette évaluation se ferait à l'aide d'indicateurs de performance établis sous forme de tableaux de bord dont dispose le SCGAI. Cette évaluation permettrait aux agents de connaître la situation de l'hôpital sur tous ses aspects (organisationnels, motivationnels et externes). Elle permettrait aussi de comparer l'évolution de la performance entre deux (02) années successives ou entre l'HPD et un autre établissement. Le SCGAI devrait aussi procéder à une interprétation des indicateurs financiers tels que la productivité de la main d'œuvre, la valeur ajoutée etc. afin d'identifier les écarts et d'apporter les mesures correctives indispensables au bon fonctionnement de l'hôpital.

Recommandations envers le Service Administratif des Ressources humaines (SARH)

Nous proposons au SARH d'élaborer un plan d'intégration sociale. Ce plan, outre la présentation des objectifs généraux et des initiatives individuelles, devra inclure une description des ressources humaines et techniques investies, de la méthodologie utilisée et du niveau d'effort requis, des coûts et des sources de financement pour la mise en œuvre du plan et des résultats attendus.

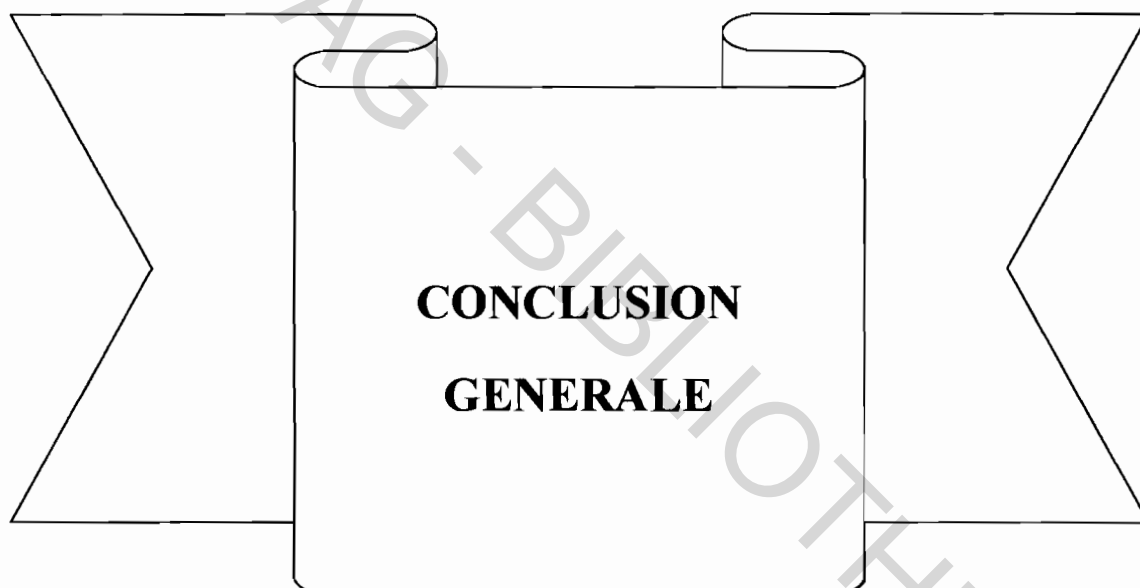
Ce plan réalisé, contribuerait à améliorer les relations sociales entre le personnel de l'établissement, à motiver les agents en vue d'augmenter leur productivité.

Le SARH devrait aussi élaborer un bilan social en fin d'exercice qu'il devrait soumettre au Conseil d'Administration. Ces objectifs sont d'améliorer le système d'informations sociales envers les différents acteurs, de planifier la Gestion des Ressources Humaines, de favoriser le dialogue et de comparer dans le temps les données. Ce document conçu permettrait d'apprécier les mesures prises en faveur de l'emploi et de servir d'instrument de repérage et d'alerte pour les observateurs externes ainsi que d'éléments de réflexion pour les acteurs internes.

Comme le bilan financier, le bilan social constituerait une photographie à un moment donné, mais aussi le point de départ de nombreuses analyses. Ce bilan social présentera différentes rubriques principales qui seront détaillées avec des indicateurs de performance. Il s'agit :

- + de l'emploi (effectif : total, CDD, CDI) ;
- + des rémunérations ;
- + de la formation ;
- + les relations professionnelles.

Le bilan social reprendra les mêmes indicateurs des deux années précédentes. Cela permettra de comparer les évolutions des différents indicateurs d'une année à l'autre dans le but d'améliorer les politiques sociales. La plupart des indicateurs peuvent faire l'objet d'une analyse et de discussion avec les dirigeants et les représentants du personnel. Mais ce qui importe, c'est le sens et l'analyse que l'on peut en déduire.



CONCLUSION GENERALE

L'objectif de cette étude était d'évaluer la performance organisationnelle de l'Hôpital Principal de Dakar à l'aide d'indicateurs qualitatifs ou quantitatifs.

A travers cette étude, l'hôpital peut être considéré comme un Etablissement Public de référence car disposant d'une structure organisationnelle favorisant le processus de décentralisation, de ressources matérielles sophistiquées, de ressources financières et de ressources humaines qualifiées mais insuffisantes pour le bon fonctionnement de toutes ses activités. Compte tenu de l'importance accordée à la formation, les ressources humaines ont occupé une place considérable dans l'atteinte des objectifs fixés par la Direction Générale. A cet effet, les charges de personnel représentaient 51% des charges globales en 2007 et le personnel participait à toutes les prises de décision, au processus de planification, d'exécution et de mise en œuvre des projets d'établissement. Ceci a permis la réussite de certains projets d'établissement tels que le projet médical, le projet de soins infirmiers, le projet social, le projet formation, le projet qualité.

Cependant des points faibles ont été notés sur la qualité des conventions liant l'hôpital à ses fournisseurs (retard de paiement) et à certains patients (insatisfaction de la qualité des services). A ces points faibles s'ajoutent les accidents avec exposition au sang mais surtout **la baisse de la productivité de la main d'œuvre entre 2004 et 2006**. Ces points faibles ont eu des effets négatifs sur le fonctionnement de l'hôpital entre autres l'arrêt de livraison de produits pharmaceutiques.

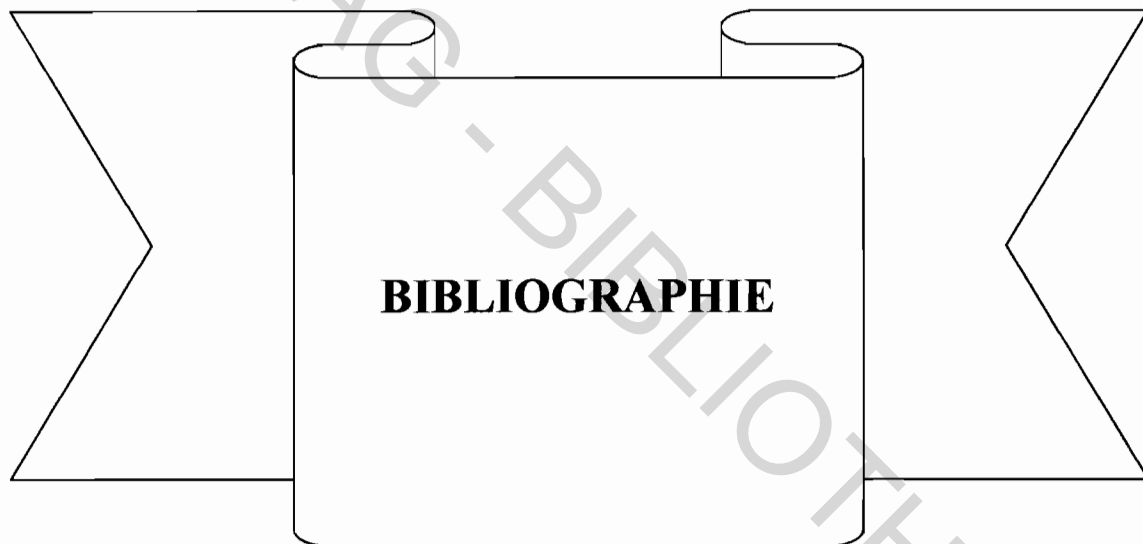
Cette étude avec la participation de la direction et de certains membres du personnel nous a permis de faire une évaluation partielle (aspect organisationnel et aspect externe) de l'hôpital. Par conséquent nous avons fait des recommandations envers la Direction Générale et envers certains services pour améliorer le fonctionnement de l'Hôpital Principal de Dakar, d'où l'intérêt de leur mise en œuvre immédiate.

Mais, ce travail a connu des limites liées à la durée de notre recherche, mais surtout au choix des indicateurs de performance. Pour chaque aspect nous avons utilisé deux (02) ou trois (03) indicateurs de performance pour faire l'évaluation. Ce qui nous paraît insuffisant pour connaître la performance réelle de l'hôpital.

En plus de cette étude d'autres recherches peuvent être faites sur l'aspect motivationnel et sur les autres fonctions du responsable des ressources humaines (le recrutement, l'évaluation et l'appréciation du personnel). Cela permettra d'une part de connaître le degré de motivation

des employés de l'hôpital et d'autre part la mise en place d'une politique de recrutement adéquate aux besoins de l'Hôpital Principal de Dakar.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



BIBLIOGRAPHIE

MEMOIRE

ESMEL Beugré Jean-Paul « Impact des indicateurs qualitatifs et prise en compte des services non financiers dans la performance d'un système de Suivi /Evaluation : cas du PROMER PHASE 2-Sénégal » ; CESAG ; DESAG 2007 ; 98 p

OUVRAGES

ALECIAN, Serge et FOUCHER, Dominique « Le management dans le service public » Paris ; 2^{ème} Edition ; Editions d'organisation ; 2002 ; 446 p

BOIVERT, Hugues « La comptabilité de management » ; Edition du Renouveau Pédagogique ; 1995 ;

BOISVERT, Hugues « le contrôle gestion vers une pratique renouvelée » ; ERPI ; Montréal ; 1991 ;

BOUGHZALA, Imed et ERMINE, Jean-Louis « Management des connaissances en entreprise » ; Paris ; Editeur Hermès ; 2004 ; 310 p

GARMILIS, Ali et Al « Le contrôle de gestion en action » ; Paris ; 2^{ème} Edition ; Editions liaisons ; 2001 ; 270 p

GIRAUD, Françoise et Al « Contrôle de gestion et pilotage de la performance » ; Paris ; Gualino éditeur ; 2002 ; 269 p

GLASS, Neil « Management : les 10 défis » ; Paris ; Editions d'organisation ; 1999 ; 372 p

JACOT, Jacques-Henri et Jean-Pierre MICAELLI « La performance économique en entreprise » ; Paris ; Edition Hermès ; 1996 ; 222 p

KALIKA, Michel « Structures d'entreprises : réalités, déterminants, performances » ; Edition Economica ; 1995 ; 436 p

KEFI Hajer, Michel KALIKA « Evaluation des Systèmes d'information : une perspective organisationnelle » ; Paris ; Edition Economica 2004 ; 211 p

LORINO, Philippe « Méthodes et pratiques de la performance : le pilotage par les processus et les compétences » ; Paris ; Editions d'Organisation ; 2003 ; 521 p

MARTORY, Bernard et CROZET, Daniel « Gestion des Ressources Humaines, pilotage social et performances » Paris ; Edition DUNOD ; 2003 ; 303 p

MEIGNANT, Alain « Manager la formation » ; 4^{ème} Edition actualisée et enrichie ; Paris ; Editions Liaisons ; 1997 ; 435 p

MINTZBERG, Henry « Le management : voyage au centre des organisations » Deuxième édition ; Edition d'organisation ; 2004 ; 703 p

QUELIN, Bertrand et ARREGLE, Jean Luc « Le management stratégique des compétences » Paris ; Ellipses; 2000 ; 352 p

SOURISSE, Claude / KLAYE, François « Management des moyens de production: efficacité, disponibilité, rentabilité » ; Hermès Sciences Publications; 1999 ; 397 p

VOYER Pierre « Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance » ; Deuxième Edition ; Presses de l'Université du Québec ; 1999 ; 446 p

COURS

M. LO, Abdou Karim ; formateur en management des organisations ; Module comportement au sein des organisations ; 2008

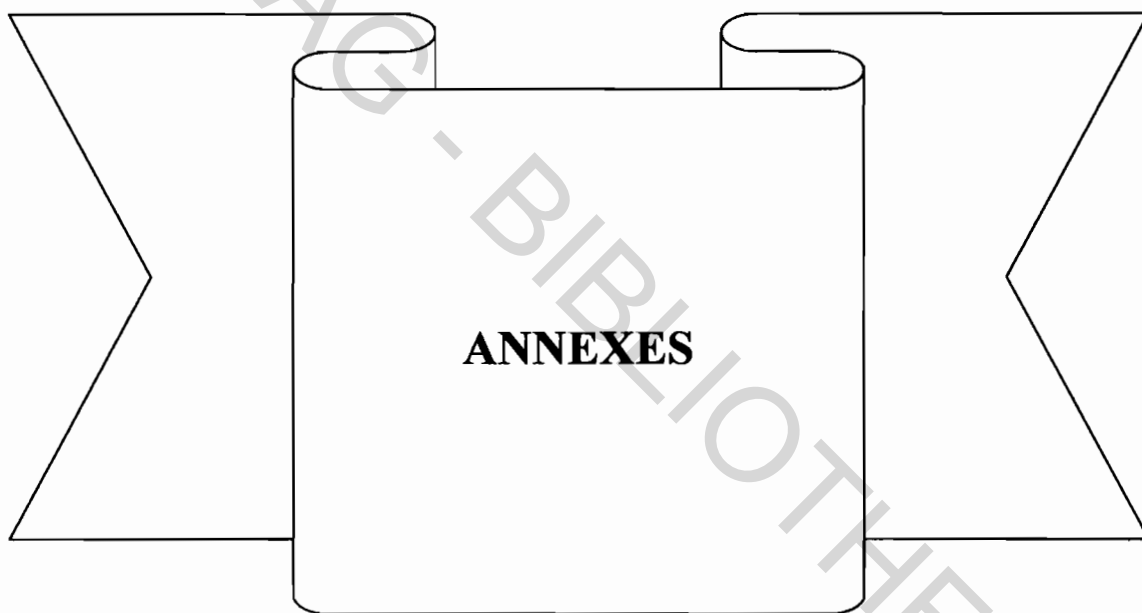
M. MBIDA, Réal ; professeur permanent au CESAG et Chef de département de l'ISMEO « Module de Gestion des Ressources Humaines » ; 2008

DOCUMENTS DE L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR

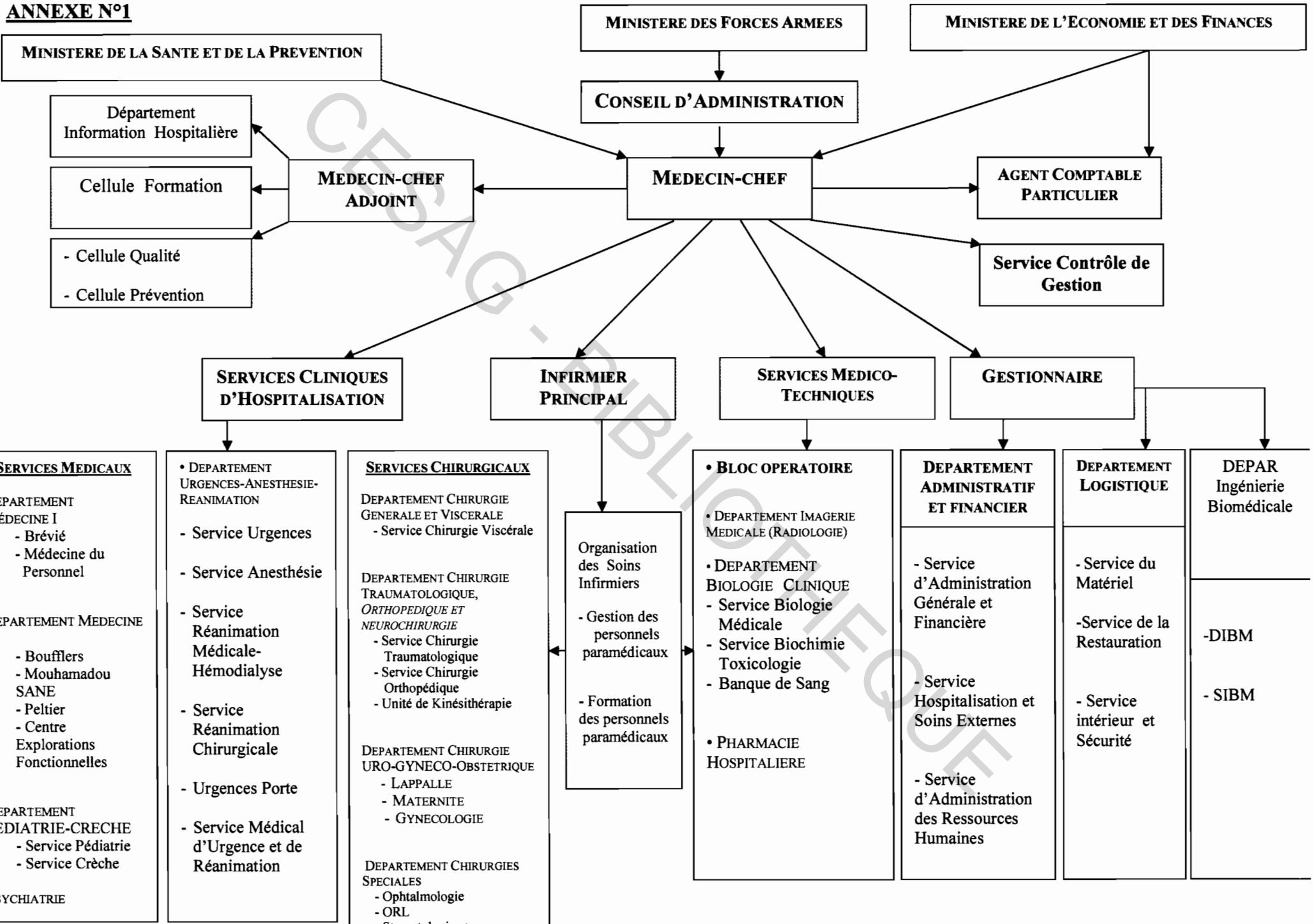
Projet d'établissement ; 2002-2006

Rapport d'activités 2007

CESAG - BIBLIOTHEQUE



ANNEXE N°1



ANNEXE N°2



IDENTIFICATION DU BESOIN EN FORMATION CONTINUE

NOM DU RESPONSABLE	
SERVICE CONCERNE	
DATE	

LISTE DU/DES SALARIE(S) A FORMER

--

BESOIN D'UNE FORMATION EN :

--

DEGRE DE PRIORITE

FAIBLE <input type="checkbox"/>	NORMAL <input type="checkbox"/>	URGENT <input type="checkbox"/>
---	---	---

JUSTIFICATION DU BESOIN EN FORMATION

Difficultés rencontrées, objectifs de service, etc...

--

COMMENT CETTE FORMATION SERA T-ELLE UTILISEE ?

PERIODE DE FORMATION SOUHAITEE

ENTRE LE :

ET LE :

ORGANISMES OU FORMATEURS EVENTUELLEMENT ENVISAGES

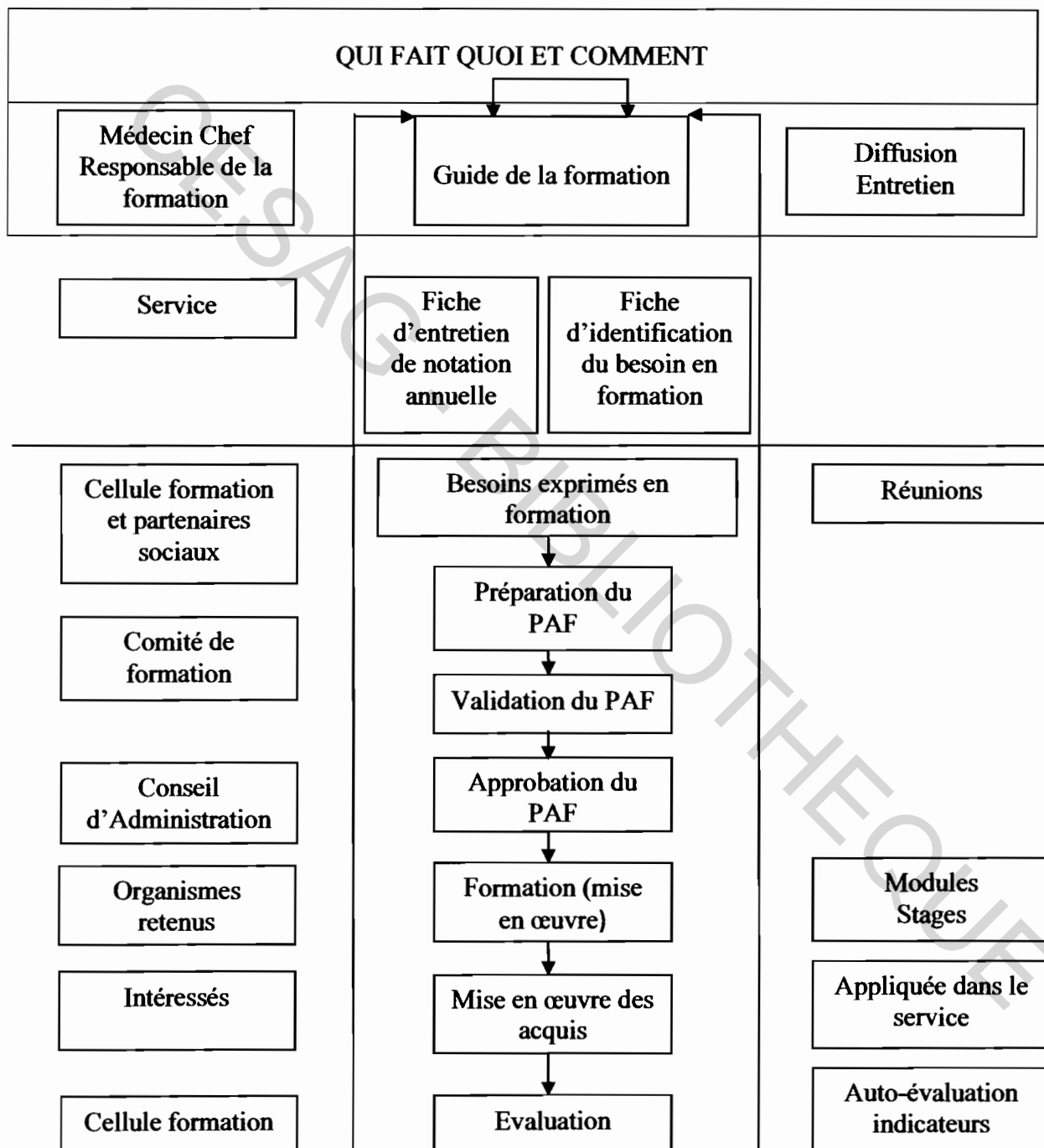
EXIGENCES PARTICULIERES

Concernant le contenu ou le déroulement de la formation (référence à telle méthodologie ou à tels points, qu'elle soit interne ou externe, alternance avec la pratique de terrain ou bien d'un seul tenant, etc.)

** Les cases correspondantes doivent être obligatoirement remplies*

ANNEXE N°3

ETAPES DE LA MISE EN PLACE D'UN PLAN ANNUEL DE FORMATION (PAF)



ANNEXE N°4

**FORMATIONS FINANCEES PAR LA COOPERATION FRANCAISE
ACTIONS REALISEES**

4	Ophtalmologie	Stage en orthopsie	Imprégnation	1 aide infirmier	HIA France	2 mois	4 000	A SOUMARE (en cours)
6	Soins infirmiers	Stage en accueil	Renforcement des capacités	2 brancardiers	France	2 x 2 mois	8 000	O BARRY - L SEYDI (fait)
8	Soins infirmiers	Renforcement des capacités en sécurité civile	Améliorer la qualité des services	2 agents	France	2 x 2 mois	8 000	MD BASSE - M DIEDHIOU (en cours)
9	Soins infirmiers	Stage en urgences	Améliorer la qualité des services	2 agents du SAU	HIA France	2 X 2 mois	8 000	A GUEYE - N NDOUR (fait)
13	Soins infirmiers	Formation à l'accueil dans les organismes de santé	Renforcement des capacités	Surveillant accueil	LEH formation France	2 mois	4 000	CT KANE (fait)
14	Soins infirmiers	Séminaire de formation en oncologie	Renforcement des capacités	Paramédicaux	Expert étranger	10 jours	3 000	EXPERT Français (en cours)
22	Services médicaux	Stage en maladies infectieuses	Renforcement des capacités	1 assistant	HIA France	2 mois	4 000	PS BA (fait)
23	Services médicaux	Stage en médecine du travail	Renforcement des capacités	1 médecin	HIA France	3 mois	5 000	FK MBAYE SOUMAH (en cours)
26	Services médicaux	Stage en oncologie clinique	Renforcement des capacités	1 assistant	HIA France	5 mois	7 000	NM DIAGNE GUEYE (fait)
27	Services chirurgicaux	Stage en chirurgie des lambeaux	Renforcement des capacités	1 spécialiste	Ecole de chirurgie du Fer à Moulin	3 mois	5 000	CD NIANG (fait)
30	Dpt Adm. et Financier	Stage en management	Renforcement des capacités	2 agents	France	2 x 3 mois	10 000	B NDOUR - S NDAO (fait)
	Dpt. Tête et Cou	Stage en ORL	Renforcement des capacités	1 spécialiste	France	3 mois	5 000	B SISSOKHO (fait)
TOTAL EN 6 (SOIT 16 572 947 CFA)							71 000	

FORMATIONS FINANCEES PAR LE BUDGET FORMATION DE L'HPD

N°	ACTION DE FORMATION	OBJECTIFS	CIBLE	PRESTATAIRES	DUREE	COUT ESTIMATIF
1	Renforcement des capacités en informatique	Améliorer la qualité des services	40 secrétaires des services cliniques et médico-techniques	Externe	10 jours	3 500 000
2	Gestion du stress	Améliorer la qualité de la PEC des patients	40 IDE + SFE services médicaux et chirurgicaux	FONDEF	5 jours	3 000 000
3	Management des équipes hospitalières	Renforcer les capacités en gestion des équipes	40 IDE + SFE services cliniques	FONDEF	5 jours	3 000 000
4	Formation en relation soignants / soignés	Améliorer la qualité de la PEC des patients	40 IDE + SFE + AS	Externe	5 jours	3 000 000
5	Formation à l'accueil	Améliorer la qualité de l'accueil	80 secrétaires + IDE + SFE + AS	FONDEF	10 jours	5 500 000
6	Formation en hygiène hospitalière	Améliorer la qualité de l'hygiène	80 IDE + SFE + AS + ASH	FONDEF	10 jours	5 000 000
7	Formation en hygiène alimentaire	Améliorer la qualité de la restauration	40 ASH et agents de la Restauration	Externe	5 jours	3 000 000
8	Formation en hygiène, prévention et sécurité	Améliorer la qualité des services	20 ouvriers	FONDEF	5 jours	3 000 000
9	Formation au counselling VIH/SIDA	Améliorer la qualité des services	20 IDE + SFE	FONDEF / CNLS	5 jours	3 000 000
10	Journées médicales HPD	Participer à l'effort de formation continue à l'HPD	Tous les professionnels de santé	Mixte	3 jours	15 000 000
11	Forum HPD	Appuyer la formation médicale continue à l'HPD	Médecins et paramédicaux	Interne	10 Jeudi de l'année	1 000 000
12	Mardi HPD	Appuyer la formation paramédicale continue à l'HPD	Paramédicaux	Interne	10 Mardi de l'année	1 000 000

13	Rencontres scientifiques	Participer aux échanges interhospitalières	Tous les professionnels de santé	Externe	Variable	3 000 000
14	Salon infirmier de Paris	Appréhender les progrès de la profession infirmière	4 paramédicaux	Externe	3 jours	4 000 000
15	Recyclage des ouvriers	Améliorer la qualité des services	20 ouvriers	FONDEF	5 jours	3 000 000
16	Ouverture de postes au concours d'entrée à l'ENDSS	Qualifier des personnels par promotion interne	3 agents	ENDSS	2 ans	Sans frais
17	Formation en ventouse obstétricale	Renforcer les capacités en santé de la reproduction	15 SFE + 4 gynécologues	CEFOREP	10 jours	350 000
18	Education thérapeutique des diabétiques	Renforcer les capacités dans la PEC des patients	20 paramédicaux	Interne	2 jours	100 000
19	Education thérapeutique des tuberculeux	Renforcer les capacités dans la PEC des patients	5 paramédicaux	PNT	5 jours	100 000
20	Formation aux techniques de Réanimation	Renforcer les capacités	20 paramédicaux	Interne	10 jours	100 000
21	Education thérapeutique des PVIH	Renforcer les capacités dans la PEC des patients	2 paramédicaux	CNLS	5 jours	100 000
22	Formation en lingerie buanderie	Renforcer les capacités	2 agents lingerie	Burkina Faso	21 jours	1 000 000
23	Formation en AMIU	Renforcer les capacités en soins obstétricaux et en santé de la reproduction	6 SFE	CEFOREP	10 jours	350 000
24	Formation en planning familial	Renforcer les capacités en soins obstétricaux et en santé de la reproduction	7 SFE	CEFOREP	10 jours	350 000
25	Formation à la recherche clinique	Renforcer les capacités des médecins	10 médecins	Expert Institut Pasteur	5 après-midi	1 500 000
26	Initiation Recherche documentaire	Renforcer les capacités	10 médecins	Expert HOGGY	2 après-midi	Sans frais
TOTAL EN FCFA						62 950 000

Le financement des actions de formation par le FONDEF est estimé à 25 500 000 FCFA

**FORMATIONS FINANCEES PAR LA COOPERATION FRANCAISE
ACTIONS NON REALISEES**

N°	DOMAINES	ACTION DE FORMATION	OBJECTIFS	CIBLE	PRESTATAIRES	DUREE	COUT ESTIMATIF	OBSERVATIONS
1	Bloc opératoire	Stage en gestion du bloc	Renforcement des capacités	1 surveillant	HIA France	2 mois	4 000	M BESSANE
2	Bloc opératoire	Stage en chirurgie viscérale et endoscopique	Renforcement des capacités	1 infirmier du bloc	HIA France	2 mois	4 000	M CISSE
3	Bloc opératoire	Stage en orthopédie et arthroscopie	Renforcement des capacités	1 infirmier du bloc	HIA France	2 mois	4 000	N SYLLA
4	Chirurgies spéciales	Perfectionnement instrumentiste	Renforcement des capacités	2 aide infirmiers du bloc	HIA France	2 x 2 mois	12 000	B KONATE - E NDAO
5	Soins infirmiers	Stage en hygiène	Renforcement des capacités et	2 agents d'hygiène	France	2 x 2 mois	8 000	C MENDY-C TRAORE
6	Soins infirmiers	Renforcement des capacités dans la PEC des urgences	Améliorer la qualité des services	Paramédicaux	Expert étranger	10 jours	3 000	VOIR PR DIATTA
7	Soins infirmiers	Stage en stérilisation	Renforcement des capacités	1 agent stérilisation	HIA France	2 mois	4 000	K DEME
8	Soins infirmiers	Séminaire lutte contre la douleur	Renforcement des capacités	IDE	Expert étranger	10 jours	3 000	VOIR PR DIATTA
9	Cellule Formation	Stage de formation en audiovisuel	Renforcement des capacités	1 agent de la CF	HIA France	2 mois	4 000	A SAMBE
10	Cellule Formation	Stage de formation assistant de formation	Renforcement des capacités	1 agent de la CF	HIA France	2 mois	4 000	K GUEYE
11	Services médicaux	Stage en endoscopie thérapeutique digestive	Renforcement des capacités	1 agrégé	HIA France	1 mois	1 500	PS MBAYE (reporté)
12	Services médicaux	Stage d'hématologie clinique	Renforcement des capacités	1 spécialiste	HIA France	6 mois	9 000	SB GNING (reporté)
13	Chirurgies spéciales	Stage en ophtalmologie	Renforcement des capacités	1 assistant	HIA France	10 mois	15 000	SM SECK (reporté)
14	Dpt Imagerie médicale	Stage de Radiologie	Renforcement des capacités	1 spécialiste	HIA France	6 mois	9 000	AR NDIAYE (reporté)

TOTAL EN € (SOIT 55 428 366, 5 CFA)

84 500

ANNEXE N°5

QUESTIONNAIRE

Je vous remercie d'avoir accepté de répondre aux questions ci-dessous. Je fais cette enquête dans le cadre de mon mémoire de fin de formation qui porte sur « l'évaluation de la performance organisationnelle d'un Etablissement Public de Santé : cas de l'Hôpital Principal de Dakar ». Merci de votre compréhension !!!

I. LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

1. Quelle est la structure organisationnelle de l'Hôpital Principal de Dakar ?

- Structure fonctionnelle
- Structure divisionnelle
- Structure matricielle
- Autre

A préciser

2. Quel est le nombre de niveaux hiérarchiques ?

- Deux
- Trois
- Quatre
- Autres

A préciser

3. Quel est le nombre de niveaux décisionnels ?

- Deux
- Trois
- Quatre
- Autres

A préciser

4. Quelle est la qualité de la circulation de l'information ?

- mauvaise
- bonne
- très bonne

5. Votre structure organisationnelle est-elle flexible ?

- oui
- non

II. LA GESTION DES PROJETS D'ETABLISSEMENT

1. L'HPD dispose t-il d'une démarche de planification ?

oui

non

2. Si oui, quels sont les différents niveaux de planification ?

3. Pouvez-vous nous décrire le processus ou la démarche de la planification de l'HPD ?

4. Quel est le nombre de projets en moyenne mis en œuvre par l'Hôpital Principal de Dakar chaque année ?

a. Quel est le degré de participation des acteurs ?

pas de participation

faible

moyen

très grand

b. La qualité des projets a-t-elle été respectée ?

oui

non

Si non, quels sont les projets dont la qualité n'a pas été respectée ? Pourquoi ?

c. La durée des projets a-t-elle été respectée ?

oui

non

Si non, quels sont les projets dont la durée n'a pas été respectée ? Pourquoi ?

d. Le coût des projets a-t-il été respecté ?

oui

non

Si non, quels sont les projets dont le coût n'a pas été respecté ? Pourquoi ?

III. LIENS AVEC LES INTERVENANTS

1. Les clients

Comment sont les qualités des conventions ou des contrats liant l'hôpital aux clients ?

mauvaises

bonnes

très bonnes

Dans chacun des cas dites-la raison.

2. Les fournisseurs

a. Comment sont les qualités des conventions ou des contrats liant l'hôpital aux fournisseurs ?

mauvaises

bonnes

très bonnes

Dans chaque cas dites-la raison.

3. Le personnel

a. l'engagement des employés

Les employés sont-ils engagés dans leur travail ?

Pas d'engagement

Peu d'engagement

Bon engagement

Très bon engagement

b. Le taux de participation à une situation d'urgence

$$\frac{\text{Nombre de participants à une situation d'urgence}}{\text{Nombre de salariés au sein de l'hôpital}} = \frac{\quad}{\quad} * 100 =$$

- faible
- moyen
- élevé
- très élevé

c. La productivité de la main d'œuvre

$$\frac{\text{Valeur ajoutée}}{\text{Charges du personnel (salaires)}} = \frac{\quad}{\quad}$$

- faible
- moyenne
- élevée
- très élevée

IV. LE CONTEXTE SOCIAL

1. Le dialogue social au sein de l'hôpital

a. Quelle est la nature des relations sociales et les prises de décisions collectives

- mauvaise
- bonne
- très bonne

b. Le degré d'importances des conflits et crises sociales (grèves, absentéisme)

$$\frac{\text{Nombre de grévistes}}{\text{Effectif à la période du conflit}} = \frac{\quad}{\quad} * 100$$

- Nul
- faible
- moyen
- élevé
- très élevé

$$\frac{\text{Heures d'absence pendant une période P} \times 100}{\text{Heures théoriques de travail pendant la même période}} \times 100$$

- faible
- moyen
- élevé
- très élevé

2. Les conditions d'hygiène et de sécurité

a. Nombre d'accidents de travail par an

- Deux
- Trois
- Quatre
- Autres A préciser

b. Nombre d'accidents mortels de travail par an

- Deux
- Trois
- Quatre
- Autres A préciser

V. LE CONTEXTE TECHNOLOGIQUE

1. L'hôpital dispose t-il d'un système d'information (SI) ?

- Oui
- Non

2. Quel est le degré de satisfaction apporté aux utilisateurs ?

- Pas satisfait
- Peu satisfait
- Satisfait
- Très satisfait

3. Quel est le degré de diffusion ou d'utilisation de cet outil au plan individuel ?

- Pas de diffusion
- Peu de diffusion
- Bonne diffusion
- Très Bonne diffusion

4. Quel est l'impact de cet outil sur la structure organisationnelle ?

- Les SI entraînent la centralisation
- Les SI entraînent la décentralisation
- Les deux

NB

Nul (= 0)

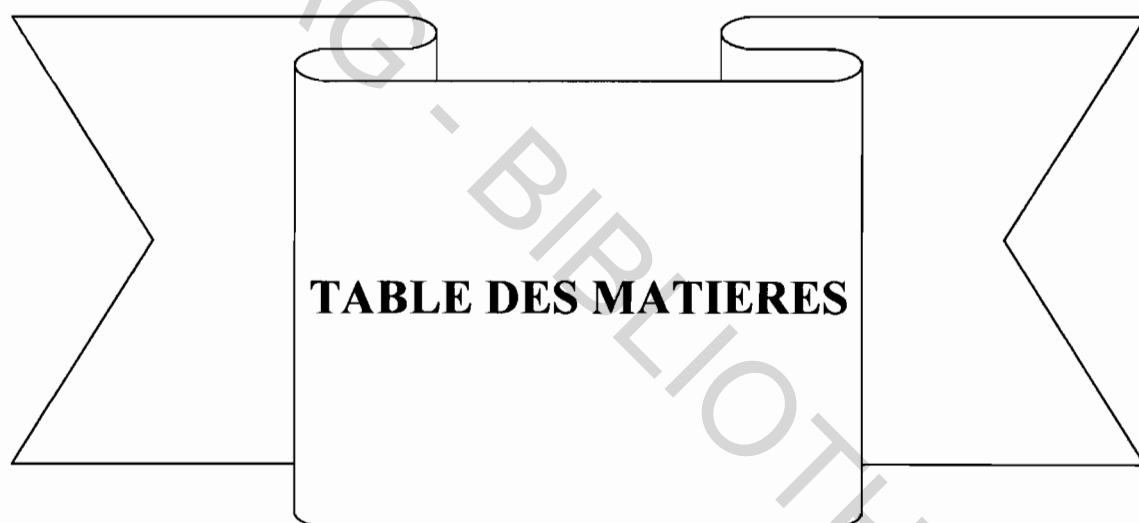
Faible (compris entre 10 et 40%)

Moyen (=50%)

Elevé (compris entre 60 et 80%)

Très élevé (compris entre 90 et 100%)

Merci de votre aide, elle nous sera vraiment bénéfique pour la rédaction de notre mémoire.



CESAG - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE..... 1

1. CONTEXTE GENERAL 1

2. OBJET DE L'ETUDE 2

3. PROBLEMATIQUE..... 2

4. OBJECTIFS DE L'ETUDE 4

5. INTERETS DE L'ETUDE..... 4

6. LIMITES DE L'ETUDE..... 5

7. METHODOLOGIE 5

8. PLAN D'ETUDE..... 7

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET CONTEXTE DE L'ETUDE 8

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE 8

SECTION 1 : DEFINITION DES PRINCIPAUX CONCEPTS 8

 1.1 Evaluer..... 8

 1.2 La structure organisationnelle..... 9

 1.3 La stratégie 11

 1.4 Le contrôle..... 13

 1.5 La gestion 13

 1.6 Le contrôle de gestion 14

SECTION 2 : DEVELOPPEMENTS THEORIQUES SUR L'EVALUATION DE LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE..... 16

 2.1 DEFINITION DE LA PERFORMANCE 16

 2.2 NECESSITE ET BUT DE L'EVALUATION DE LA PERFORMANCE..... 17

 2.3 FACTEURS DETERMINANTS DE LA PERFORMANCE 18

 2.3.1 Le style de management 18

 2.3.2 Les moyens humains 19

 2.3.3 La compétence 19

 2.3.4 La technologie..... 20

2.4	DEFINITION D'UN INDICATEUR DE PERFORMANCE	20
2.5	LES DIFFERENTS INDICATEURS DE PERFORMANCE.....	21
2.6	UTILITE D'UN INDICATEUR DE PERFORMANCE	21
2.7	LES CRITERES D'UN BON INDICATEUR DE PERFORMANCE	22
2.7.1	La pertinence.....	22
2.7.2	La qualité et la précision de sa mesure	22
2.7.3	La faisabilité.....	23
2.7.4	La convivialité d'interprétation et d'utilisation	24
2.8	CRITERES DE LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE.....	24
2.8.1	L'efficacité.....	24
2.8.2	L'efficience.....	25
2.8.3	La pertinence.....	25
2.9	DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE	27
2.10	MODELE D'ANALYSE DE L'ETUDE	28
2.10.1	Conception de notre modèle d'analyse.....	28
2.10.2	Construction du modèle d'analyse	29
CHAPITRE 2 : CONTEXTE DE L'ETUDE.....		34
SECTION 1 : PRESENTATION DE L'HÔPITAL PRINCIPAL DE DAKAR.....		34
A. Présentation générale.....		34
1.	Historique et position géographique	34
2.	Evolution du statut de l'Hôpital Principal de Dakar	34
3.	Les missions de l'hôpital	35
4.	Les objectifs de l'Hôpital Principal de Dakar.....	36
5.	Les activités de l'Hôpital Principal de Dakar	36
6.	Les ressources actuelles de l'hôpital	37
6.1	Les ressources humaines.....	37
6.2	Les ressources matérielles	38
6.3	Les ressources financières	39
B. Structure organisationnelle.....		39
1.	Organigramme	39
2.	Organisation administrative de l'Hôpital Principal de Dakar.....	39

DEUXIEME PARTIE: LES PRINCIPAUX POINTS A EVALUER EN MATIERE DE PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE AU SEIN L'HÔPITAL PRINCIPAL DE DAKAR	41
CHAPITRE 1 : LA CAPACITE ORGANISATIONNELLE	41
SECTION 1 : LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE	41
A. Concepts théoriques	41
B. L'utilisation de ces modèles au sein de l'hôpital	44
1. Les niveaux hiérarchiques	44
2. Les niveaux décisionnels	45
2.1 La localisation de la prise de décision au sein de l'hôpital.....	45
2.2 La participation à la prise de décision	46
3. La qualité de la circulation de l'information	47
4. La flexibilité organisationnelle	48
SECTION 2 : LA GESTION DES PROJETS D'ETABLISSEMENT	49
A. Planification	49
1. La planification stratégique	49
2. La planification structurelle	50
3. La planification opérationnelle	50
B. Exécution des projets d'établissement	51
1. Le degré de participation des acteurs	51
C. Suivi et évaluation des projets d'établissement	52
1. La qualité des projets d'établissement.....	53
2. Le coût des projets d'établissement	55
SECTION 3 : LE DEVELOPPEMENT ET LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	57
A. La formation dans l'Hôpital Principal de Dakar.....	57
1. Objectifs du programme de formation	58
2. Le plan de formation	59
3. Le tableau de bord de la formation.....	60
4. La formation et la performance organisationnelle	61
B. Le développement des compétences dans l'Hôpital Principal de Dakar	62

1. La notion de compétence	62
2. Le transfert de compétences dans l'hôpital	63
3. La gestion prévisionnelle des compétences	63
CHAPITRE 2 : LE CONTEXTE EXTERNE.....	65
SECTION 1 : LIENS AVEC LES INTERVENANTS.....	65
A. Les clients	65
1. La qualité des conventions ou des contrats liant l'hôpital aux clients	65
2. Le nombre de consultations médicales par an	66
B. Les fournisseurs	67
C. Le personnel.....	67
1. L'engagement des employés.....	68
2. Le taux de participation à une situation d'urgence	69
3. La productivité de la main d'œuvre	69
SECTION 2 : LE CONTEXTE SOCIAL.....	71
A. Enjeu de l'hôpital dans la dimension sociale.....	71
B. Le dialogue social au sein de l'hôpital	71
1. La nature des relations sociales.....	72
2. Le degré d'importances des conflits et crises sociales (grèves, absentéisme).....	72
C. Les conditions de sécurité	73
1. Les accidents de travail par an	73
2. Les accidents graves de travail par an	74
SECTION 3 : LE CONTEXTE TECHNOLOGIQUE	75
A. Les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC)	75
1. Le concept de technologie	75
2. Le concept de technologie de l'information	76
3. Les outils des NTIC utilisés au sein de l'Hôpital Principal de Dakar.....	76
3.1 L'Internet	76
3.2 L'Intranet	77
3.3 La télémédecine	77
B. Le système d'information.....	79
1. Degré de satisfaction apporté aux utilisateurs	80

2. Degré de diffusion et d'utilisation de cet outil.....	80
3. Impact organisationnel du Système d'Information.....	81
3.1 Les SI entraînent la centralisation.....	81
3.2 Les SI entraînent la décentralisation.....	81
4. Relations entre la DIH et le SCGAI.....	81
C. Le degré d'innovation dans le système de gestion.....	82
RECOMMANDATIONS.....	84
CONCLUSION GENERALE.....	87
BIBLIOGRAPHIE.....	89
ANNEXES.....	92
TABLE DES MATIERES.....	93