

Contribution à l'évaluation de la performance et à l'analyse du fonctionnement de l'hôpital régional de Kankan

**Sékou 1 KEITA¹ – Amadou BAMBA^{2*} - Kadiatou CISSE³ - Abdoulaye MAIGA⁴ –
Djimé Silamakan DIAWARA⁵**

1 : Université Julius Nyeréré de Kankan

2 : Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (auteur de correspondance)*

3 : Université Général Lansana Conté de Sonfonia

4 : Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako

5 : Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako

Résumé : Cet article a pour objectif d'analyser la performance et le fonctionnement de l'hôpital régional de Kankan pour améliorer certaines réalités de l'organisation hospitalière. Nous utilisons des statistiques descriptives issues d'enquêtes que nous avons menées au sein de la structure hospitalière et un Tableau de Bord pour évaluer la performance de l'hôpital au cours de l'année 2017. Les analyses descriptives montrent que le service le plus performants en fonctionnement sont les plus fournis en équipement, il s'agit en premier du service de la Maternité suivi par la Chirurgie et la Pédiatrie. Quant à l'analyse du tableau de bord pour la performance, on constate des résultats que, parmi les douze (12) indicateurs retenus, sept (7) d'entre eux, c'est-à-dire plus de la moitié présentent des écarts négatifs pour l'Institution. Il s'agit du nombre de lits ; du nombre des admissions ; du nombre de journées ; du taux d'occupation moyen ; du nombre de formations prévues et des Investissements. Cette situation nous pousse à affirmer que l'hôpital régional de Kankan a connu une contre-performance de résultat dans son fonctionnement. Nos analyses montrent que les causes de cette contreperformance sont dues au Manque de financement, à l'insuffisance du nombre de lit et au dépassement de nombre d'admissions.

Mots clés : Performance – Fonctionnement – Hôpital – Tableau de bord – Kankan.

Abstract: This article aims to analyze the performance and functioning of the Kankan Regional Hospital (HRK) to improve certain realities of the hospital organization. We use descriptive statistics from surveys we conducted within the hospital structure and a Dashboard to assess the performance of the hospital during the year 2017. The descriptive analyses show that the most efficient service in operation are the most provided in equipment, it is first the service of Maternity followed by Surgery and Pediatrics. As for the analysis of the performance scoreboard, we note that, among the twelve (12) indicators retained, seven (7) of them, that is to say more than half, present negative deviations for the Institution. These are the number of beds; the number of admissions; the number of days; the average occupancy rate; the number of planned training sessions and investments. This situation leads us to affirm that the HRK has experienced a counter-performance of results in its operation. Our analyses show that the causes of this underperformance are due to the lack of financing, the insufficient number of beds and the overrun in the number of admissions.

Keywords: Performance - Operation - Hospital - Dashboard – Kankan.



1. Introduction

Le secteur de la santé de nombreux pays Africains a subi plusieurs réformes en raison de la mise en application de mesures gouvernementales visant à maîtriser les dépenses (Avelé et Bikourane (2016)). Cependant, les hôpitaux de la plupart de ces pays restent confrontés à des problèmes organisationnels qui dégradent leur performance en termes de qualité des soins. Les hôpitaux publics Guinéens ne font pas exception surtout en matière de gestion du fonctionnement desdits hôpitaux pour faire face aux problèmes tels le surpeuplement des salles d'hôpital, les longues files d'attente dans les services de consultations, la qualité des soins, la pénurie de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales de base. A cela s'ajoute, la crise des finances publiques et l'augmentation des coûts de la santé d'un côté, et la pauvreté grandissante des populations d'autre part, ont progressivement conduit à des remises en question non seulement des systèmes de financement classiques mais également des processus de régulation et des modalités d'organisation des différents systèmes (PDNS 2015).

Dans ce contexte, l'utilisation d'outils de contrôle de gestion constitue une opportunité pour mettre en œuvre les méthodes permettant de réaliser un bon fonctionnement dans les hôpitaux. Toutefois un système de contrôle de gestion dans les hôpitaux publics, nécessaire pour un bon fonctionnement, doit s'articuler autour des objectifs spécifiques tels que l'allocation optimale des ressources et non la recherche permanente de profit comme accorde (Cauvin et Stephan Coyaud, 1999). L'un des principaux problèmes auxquels font face les administrateurs des hôpitaux publics est la maîtrise du coût dans le processus de fonctionnement. Alors que l'utilisation des besoins de santé peut changer en fonction de l'offre et la demande. Ainsi en dépit, des progrès constatés dans les pays Africains, nombreuses préoccupations persistent quant à la capacité de chacun de ces pays quelle que soit leur référence idéologique à mettre en place une politique de santé efficace. L'hôpital, établissement public par essence, est le lieu par excellence qui traduit au mieux la politique de santé d'un pays. Sa première finalité étant de dispenser de soins de qualité et de nature humanitaire (Saidani & Taleb, 2019). C'est dans cette optique que l'Etat guinéen a instauré les différents politiques et plans. Le dernier plan au niveau de la santé est celui le Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024 (PDNS), élaboré en mars 2015 et centré sur les contenus visant un renforcement du service de santé qui s'est révélé défectueux lors de la pandémie de la maladie à virus Ebola. Le PDNS comprend les mesures de renforcement de l'ensemble du système de soins. Notons que la Politique nationale de santé (PNS), a pour vision : « Une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d'un accès universel à des services et soins de santé de qualité avec leur pleine participation ». Pour atteindre les objectifs du PNS, les centres de santé se doivent être performants, chose qui ne peut se faire sans une bonne performance dans le fonctionnement, un bon contrôle de la gestion, en l'occurrence dans les structures de santé.

Pour mieux comprendre les fondements du contrôle de gestion gage d'un bon fonctionnement dans les entreprises, il semble nécessaire de remonter aux origines de cette notion. Celui-ci s'est d'abord développé dans le monde des entreprises privées industrielles nord-américaines dans les années 1920. Jusqu'aux années 1980, la recherche en contrôle de gestion était dominée par des approches qui empruntent les cadres théoriques et les méthodes de l'économie. Ces

approches sont qualifiées de « courant dominant » il s'agit de l'approche de relation humaine ou taylorienne (Shafritz et al., 2001 ; Merchant et Simons, 1986) ; l'approche cybernétique ou systémique (Green et Welsh, 1988) ; l'approche de contingence (Burns et Stalker 1961 ; Otley, 1980 ; Porter, 1980) ; l'approche de l'agence (Merchant et Simons, 1986) et l'approche bureaucratique (Ouchi, 1980). Néanmoins, les différentes approches présentent des limites pour l'étude du contrôle de gestion au service public. Ces limites sont liées, d'une part, aux spécificités de l'hôpital public et, d'autre part, aux hypothèses qui sous-tendent chacune des approches fonctionnalistes.

Dans ce contexte, la question de la transposition du contrôle de gestion au secteur public dans un premier temps et plus particulièrement au service public hospitalier se pose, puisque l'hôpital est considéré comme une organisation complexe (Burlaud & Malo 1988) selon laquelle la notion du contrôle de gestion, ainsi que ses outils font face aux nombreux obstacles liés à ce type spécifique d'organisation pour cela le rôle de contrôleur de gestion reste toujours minime (Bouquin 2004). Certes, il veille à la déclinaison de la stratégie et le pilotage de la performance globale, mais il a aussi un autre rôle plus interactif et stratégique (Alami 2018). C'est pourquoi de nos jours personne ne peut nier cette importance, mais malheureusement son adoption est entravée surtout dans le secteur public par plusieurs raisons. Sinon, nombreuses recherches ont pu montrer que la mise en place et le développement des systèmes de contrôle de gestion apportent une performance supérieure aux entreprises. Les déterminants du contrôle de gestion exercent une influence positive et significative sur le contrôle de gestion et sa mise en place et par conséquent sur la performance organisationnelle de l'hôpital public (Boussetta et Alami, 2017).

L'évaluation de la performance ne peut pas se faire sans un cadre de contrôle élargi au contrôle organisationnel. C'est dans ce cadre que nous nous intéressons au contrôle de gestion qui aurait comme principale mission de s'assurer de la qualité des décisions de gestion du contrôle organisationnel. Son rôle fondamental est de permettre aux dirigeants de la hiérarchie d'être assurés de la cohérence entre les actions quotidiennes et les stratégies définies sur le long terme » (Bouquin, 2004). Ainsi, dans ce sens, le traitement de l'évaluation de la performance hospitalière nous renvoie à la théorie des organisations, c'est là que le concept de la bureaucratie professionnelle (Mintzberg 1982) apparaît. Henri Mintzberg distingue dans toute entreprise cinq (5) éléments et que Michel Cremadez (1992) a appliqué à l'hôpital dont cette approche permet de décrire certaines réalités de l'organisation hospitalière qualifiée de bureaucratie professionnelle.

Le sommet stratégique : Il veille à ce que la mission hospitalière de pilotage soit remplie efficacement. Il peut s'agir des autorités de tutelles (direction de santé ...), du chef d'établissement et de son équipe dont le directeur des soins coordonnateur général des soins. Celui-ci est nommé par le chef d'établissement. Il exerce, sous l'autorité de ce dernier, des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques. Il est membre de l'équipe de direction et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé ». On évoque que le sommet stratégique dans un hôpital se caractérise par une certaine ambiguïté expliquée par le fait que le directeur d'un hôpital est supposé empêcher le gouvernement ou les

administrateurs d'interférer dans le travail des médecins, ainsi qu'il est nommé par la direction de santé mais responsable de gestion devant un conseil d'administration.

Le centre opérationnel : Il est constitué par les unités de soins et les services médicotechniques. Composé d'un nombre important de services relativement indépendants les uns des autres, le centre opérationnel fonctionne de manière pratiquement autonome et il a une relation directe avec leur environnement : client dont il est le patient. Pour la direction des soins le centre opérationnel rassemble des professionnels infirmiers, de rééducation et médicotechniques. Centre opérationnel rassemble des professionnels infirmiers, de rééducation et médicotechniques. Le contrôle des tâches ou contrôle d'exécution est le processus consistant à s'assurer que les tâches spécifiques sont exécutées avec efficacité et efficience. Il permet, en tout cas, aux personnels chargés de l'exécution de veiller à ce que les tâches effectuées se déroulent conformément aux règles établies.

La ligne hiérarchique : Elle assure le relais entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Elle est composée de l'encadrement qui assure la gestion des centres opérationnels. La notion de hiérarchie sous-tend celle de subordination et donc d'autorité. Pour la direction des soins les médecins et les infirmiers rendent compte de leurs actions aux cadres supérieurs dont il est le chef service qui participent à leurs évaluations. Ainsi que tous les chefs de service exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur général. Au sein de l'organisation hospitalière la ligne hiérarchique se caractérise par interruption entre le directeur général et les chefs de services médicaux à cause des objectifs contradictoires dont ce point il sera développé par la suite. Cela mène les chefs de services à contester la non intervention directe des directeurs sur l'objectif de base dont il est la satisfaction de clientèle.

La technostructure : La technostructure sert à assurer la coordination par des personnes qui agissent sur l'organisation du travail des centres opérationnels grâce à la standardisation des procédures, au choix qualitatif du matériel, à l'élaboration de normes pour le rendre efficient et elle prend de l'importance lorsque l'organisation grandit et se complexifie. A l'hôpital cette fonction se limite à la dimension économique et financière puisque la standardisation par le résultat est trop difficile cela est due à la différenciation existante au niveau des services, donc la technostructure est réduite. Le directeur général agirait plus sur la standardisation des qualifications par le recrutement et la formation continue en collaboration avec le directeur des ressources humaines.

Les personnels de support logistique : Ils remplissent les fonctions annexes nécessaires à la réalisation de la mission du centre opérationnel : service postal, nettoyage, restaurant.... Puisque la logistique sert à la collaboration avec les centres opérationnels est essentielle.

Au regard de ces cinq (5) éléments de bureaucratie selon Michel Cremadez (1992) qui doivent être appliqués à l'hôpital pour une bonne performance, l'on se demande si l'hôpital régionale de Kankan pourrait atteindre les objectifs que l'Etat guinéen s'est assigné. En effet, force est de remarquer de nos jours, que les acteurs du secteur hospitalier ne perçoivent toujours pas l'importance d'une stricte organisation et d'un contrôle effective au sein de l'hôpital. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'application stricte des outils de gestion, se justifie plus facilement

au sein des organisations à but lucratif que celle publique à but non lucratif. Or, il faut noter que, l'hôpital, organisation humanitaire à but non lucratif, reçoit ses fonds de l'Etat mais ceci n'exclut en rien le fait qu'il doit les utiliser (convertis en ressources financières et matérielles) de manière efficace sinon efficiente pour pouvoir assurer les meilleurs soins aux patients aux prix les plus bas, ce qui inclut donc la nécessité d'évaluer sa performance et analyser son fonctionnement en son sein pour assurer la meilleure utilisation de ses ressources. L'objectif de ce papier est de contribuer à évaluer à l'évaluation de la performance de l'hôpital régional de Kankan avec l'apport des outils de contrôle de gestion. Après cette introduction, nous présentons la méthode d'analyse suivie des résultats, une conclusion et des références bibliographiques.

2. Données et méthode d'analyse

2.1 : Données

Dans notre recherche, nous nous sommes basés sur une étude par des entretiens directs auprès des structures à l'occurrence la direction, le service comptabilité et la Direction des Ressources Humaines (DRH) et aux usagers de la structure dudit centre hospitalier. L'objectif de cette recherche étant d'apporter notre contribution à l'évaluation de la performance de l'hôpital régional de Kankan, nous tentons aussi d'apprécier la pratique du contrôle de gestion sur son fonctionnement (amélioration de l'offre des soins au sein de l'hôpital régional de Kankan), en effet, dans un contexte complexe de l'organisation, des indicateurs de gestion doivent être utilisés comme un moyen de définition des processus et de maîtrise de la consommation des ressources pour améliorer le fonctionnement des organisations hospitalières et par conséquent la démocratisation et le développement des conditions d'accès des citoyens aux services médicaux.

Dans l'atteinte de notre objectif, nous avons établi des questionnaires destinés aux structures et aux usagers relativement à deux types d'évaluations « évaluation de la fonction de contrôle de gestion dans le fonctionnement et l'évaluation de la performance ». Le questionnaire destiné aux structures était subdivisé en deux (2) grandes parties. La première partie portait sur l'évaluation de la fonction de contrôle de gestion, la programmation budgétaire et le tableau de bord ; ces questions ont été adressées à la direction et au service de comptabilité. Les questions sur la gestion des actifs de l'hôpital ont été adressées aux services de maintenance et de la direction des ressources humaines (DRH). La seconde partie ou seconde type d'évaluation concerne « l'évaluation de la performance » porte sur les questions de la performance technique, la performance humaine et la performance financière. Compte tenu de leur caractère quantitatif, ces questions ont été adressées en grande partie au service de statistiques. Pour la performance humaine qui portait sur la connaissance des effectifs des différentes catégories de personnels de l'hôpital, elle a été adressée aux services de la DRH de statistiques. Les questions de la performance financière portaient sur la connaissance d'une part des montants prévus, et d'autre part montants réalisés sur les produits hospitaliers, prestations médicales, dépenses de fonctionnement, et enfin dépenses de personnel pour la période de 2015 et 2016. Enfin, les questions sur les opinions portaient sur les conditions d'accueil et d'orientation, la qualité de la consultation, la qualité de prise en charge lors de l'hospitalisation, la qualité du traitement des

urgences, le niveau de propreté de l'hôpital, le niveau de sécurité, et enfin la qualité des aménagements pour le repos des accompagnateurs. Il est à préciser que ces questions ont été administrées aux usagers des différents services médicaux de la structure (Cf. Tableau 1).

2.2. Méthode d'analyse

Notre recherche est axée sur l'évaluation de la performance du fonctionnement de l'hôpital régional de Kankan. En effet, étant donné qu'il n'existe quasiment pas d'outil de contrôle de gestion au sein du dispositif de gestion de cette structure pour apprécier son fonctionnement, il nous est revenu donc d'en créer, en l'occurrence « le tableau de bord » en basant sur le projet d'établissement de ladite structure qui prend en compte notre période d'étude, c'est -à- dire l'année 2017. Le choix de cet outil repose sur son utilisation courante et reconnu comme un bon outil de gestion dans des organisations privées, publiques et parapubliques. Ainsi accordé par Voyer (2002), le tableau de bord permet de suivre la dynamique du fonctionnement de l'organisation en fournissant rapidement l'information essentielle, bien organisée et illustrée. Le suivi rendu possible par l'utilisation d'un tableau de bord, constitue un écho intéressant qui donne à l'évaluateur l'impression d'être plus présent dans la réalité de l'unité administrative et lui permet de savoir ce qui s'y passe. Et est considéré comme un outil de gestion stratégique indispensable pour les organisations (Dumas 2007). Outre cet outil, nous utilisons les statistiques descriptives pour le reste de l'analyse.

3. Résultats et discussion

3.1 : Présentation des effectifs par service

Tableau 1 : Effectifs des enquêtés par services

N°	Services	Effectifs	Pourcentages
1	Direction	5	3,31
2	Urgences	10	6,62
3	Chirurgie	18	11,92
4	Médecine Générale	10	6,62
5	Cardiologie	4	2,65
6	Diabétologie	6	3,97
7	Urologie	7	4,64
8	Traumatologie	7	4,64
9	Pédiatrie	18	11,92
10	Maternité	21	13,91
11	Ophthalmologie	4	2,65
12	ORL	6	3,97
13	Stomatologie	5	3,31
14	Laboratoire	13	8,61
15	Pharmacie	7	4,64
16	Imagerie	1	0,66
17	CTEPI	9	5,96
Totaux		151	100

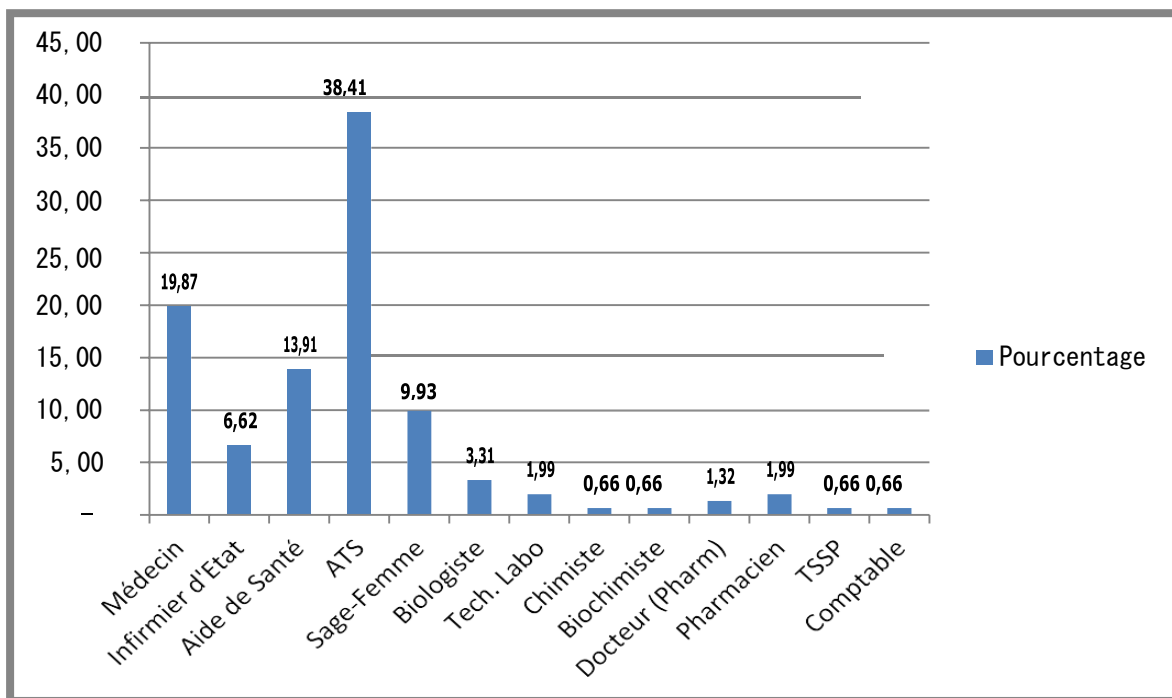
Source : Enquêtes de terrain (2018)

Nous constatons à travers ce tableau qu'au niveau de l'Hôpital Régional de Kankan, le service plus fourni en termes d'effectif ou du personnel est celui de la Maternité avec un pourcentage de **13,91**. Ce dernier est suivi deux (2) autres, à savoir : la Chirurgie et la Pédiatrie, qui disposent des proportions identiques de personnel, c'est-à-dire **11, 92 %**. Après ces services vient le Laboratoire dont l'effectif y travaillant correspond à une proportion de **8,61 %**. Il faut enfin noter que parmi ces dix-sept (17) services celui qui a l'effectif le plus faible est service d'Imagerie qui dispose un pourcentage **0, 66** des travailleurs de la structure sanitaire.

3.2 Catégories socio-professionnelles

Selon les résultats de nos enquêtes de terrain, l'effectif total des travailleurs de l'Hôpital (151 personnes) est reparti entre treize (13) catégories socio-professionnelles qui assurent le fonctionnement de ladite structure. La figure 1 montre les différentes catégories socio-professionnelles avec les effectifs correspondants.

Figure 1 : Catégories socio-professionnelles



Source : Enquêtes de terrain (2018)

Ce graphique, nous montre que parmi les treize (13) catégories socio-professionnelles de l'Hôpital Régional de Kankan, la plus importante en termes d'effectif est celle des « ATS » qui représente un pourcentage **38,41** de l'effectif total. Cette catégorie est suivie de celle des « Médecins » qui correspond à **19,87 %**. Après les Médecins, viennent les « Aides de Santé » qui représentent les **13,91 %**. Les groupes qui correspondent aux plus faibles proportions (**0,66%**) sont au nombre de quatre (4), à savoir : les « Chimistes », les « Biochimistes », les « TSSP », les « Comptables ».

3.3 Catégories socio-professionnelles par service

Sachant que chaque service comporte au moins une catégorie socio-professionnelle, il nous parut ainsi important de voir au sein de chacun d'eux la part de chaque groupe en termes de pourcentage. Pour y parvenir nous avons élaboré le tableau N°3.

Tableau N°3 : Pourcentages catégories socio-professionnelles par service

Services	Pourcentages par catégorie socioprofessionnelle											Total x
	Médecin	Aide de Santé	ATS	Inf. d'État	Sage - Femme	Biologiste	Tech. Labo	Chimiste	Biochimiste	Docteur (Pharm)	Pharmacie	
Urgences	20	30	30	20	0	0	0	0	0	0	0	100
Chirurgie	16,67	16,67	50	16,67	0	0	0	0	0	0	0	100
Médecine	30	10	60	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Cardiologie	25	25	50	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Diabétologie	33,33	16,67	50	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Urologie	42,86	57,14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Traumatologie	14,29	0	85,71	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Pédiatrie	33,33	22,22	38,89	5,56	0	0	0	0	0	0	0	100
Maternité	9,52	0	14,29	4,76	71,43	0	0	0	0	0	0	100
Ophthalmologie	25	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
ORL	16,67	33,33	50	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Stomatologie	20	0	80	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Laboratoire	0	0	23,08	0	0	38,46	23,08	7,69	7,69	0	0	100
Pharmacie	0	14,29	14,29	0	0	0	0	0	0	28,57	42,86	100
Imagerie	0	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
CTEPI	22,22	11,11	44,44	22,22	0	0	0	0	0	0	0	100

Sources : Enquêtes de terrain (2018)

A ce niveau nous avons effectué l'analyse conformément à l'objectif qu'on s'est fixé, c'est-à-dire en faisant ressortir la proportion de chaque catégorie socio-professionnelle par service, en ne nous intéressant qu'aux quatre premières, c'est-à-dire celles qui sont les plus réparties entre les services. Ainsi, la situation se présente comme suit :

Les Médecins : cette catégorie existe dans tous les services excepté le Laboratoire, la Pharmacie, et l'Imagerie dans lesquels elle ne joue pratiquement aucun rôle. Parmi les services où ils se trouvent, celui qui dispose la proportion la plus importante (**42,86 %**) est l'Urologie, suivie par la Diabétologie, et la Pédiatrie avec les mêmes proportions égales à **33,33%**. La Médecine vient juste après c'est deux (2) derniers avec un pourcentage de **30 Médecins**. Par contre le service ayant le plus faible pourcentage de Médecins (**9,52%**) est la Maternité.

Les aides de santé : Ces agents se trouvent dans neuf (9) services sur les treize (13) que compte l'Hôpital. Les services où ils n'existent pas sont : la Traumatologie, la Maternité, la Stomatologie, et le Laboratoire. Dans les autres où on les rencontre, l'imagerie en dispose 100%, puisqu'au niveau de ce service le seul agent qui y intervient est de la catégorie. Après l'imagerie, vient l'Ophthalmologie avec une part de 75%. Ensuite vient l'Urologie avec plus de la moitié (57,14 %) de l'effectif est de la catégorie.

Agents Techniques de Santé (A.T.S) : En cette catégorie le service le plus fourni est la Traumatologie qui dispose 85,71 % dans son effectif total. Ce service est suivi directement de la Stomatologie et de la Médecine dont chacun a respectivement 80 % et 60 % d'A.T.S. Notons qu'il existe trois (3) services qui n'ont aucun ATS, il s'agit : l'Urologie, l'Ophthalmologie, et l'Imagerie.

Infirmiers d'Etat : Les infirmiers d'Etat ne sont présents que dans cinq (5). Dans tous les autres (8 autres services) on n'en rencontre pas. Parmi les cinq (5) où ils s'y trouvent, le CTEPI renferme la proportion la plus élevée (22,22 %). Le service des Urgences vient en deuxième position qui dispose 20 %. Ensuite viennent les trois (3), c'est-à-dire la Chirurgie, la Pédiatrie et la Maternité avec des taux respectifs : 16,67 %, 5,56 % et 4,76 %.

3.4 Capacité d'accueil de l'hôpital régional de Kankan

Le nombre de lits d'une structure sanitaire étant la meilleure mesure de sa capacité d'accueil, dans cette étude nous avons trouvé utile de s'y intéresser, afin de savoir non seulement la capacité d'accueil de l'Hôpital Régional de Kankan dans sa globalité, mais aussi celle des différents services qu'il comporte. Cette situation est présentée dans le **Tableau N°3**.

Tableau N°3 : Situation des lits par service

Services	Nombre de lit/Place	Pourcentage
Urgences	10	6,25
Pédiatrie	20	12,5
Maternité	20	12,5
Cardiologie	10	6,25
Diabétologie	10	6,25
Médecine générale	20	12,5
Urologie	10	6,25
Ophthalmologie	10	6,25
ORL	10	6,25
Chirurgie	30	18,75
Traumatologie	10	6,25
Totaux	160	100

Source : Enquêtes de terrain (2018)

De ce tableau il apparait que l'HRK a une capacité d'accueil de **160 places** pour tous les services confondus y compris le service des urgences. Pour une Région comme celle de Kankan qui est constituée de cinq (5) Préfectures (Kankan, Kouroussa, Mandiana, Siguiri, et Kérouané) cette capacité est très faible. Pour la simple raison que la majeure part parties des cas qui dépasse la compétence des Hôpitaux préfectoraux sont orientés vers cette structure.

Comme indiqué à l'entame ces 160 places sont réparties entre les 13 services de l'Hôpital. Parmi eux le service ayant la capacité la plus élevée est la Chirurgie qui dispose **30 places**, soit **18,75 %** du total des places. Ce service est suivi de trois (3) autres (Pédiatrie, Maternité, et Médecine générale) dont chacun d'eux dispose **20 Places**, soit **6,25 %** par service. Enfin le restant des services (Urgences, Cardiologie, Diabétologie, Urologie, Ophtalmologie, ORL et Traumatologie) comporte chacun **10 places**, soit **6,25 %** par service.

3.5 Besoin en personnel

Cette partie comporte les besoins en personnel au titre de la période d'étude, c'est-à-dire 2017 pour toutes catégories socioprofessionnelles dont regorge l'Hôpital Régional de Kankan.

Tableau N°4 : Besoin en personnel

N°	Catégories de fonction	Prévision	Réalisation
1	Médecin (Direction)	0	0
2	Médecin praticien	1	8
3	Pharmacien	0	1
4	Biologiste	0	1
5	Biochimiste	0	0
6	Chimiste	0	0
7	Technicien de laboratoire	0	2
8	Sage-femme	0	8
9	Aide santé pour les services	3	0
10	ATS pour les soins dans les services	0	20
11	Technicien de maintenance	0	0
12	Services administratif et financier (SAF)	0	0
13	Gestionnaire comptable	0	0
14	Assistant comptable	0	0
15	Médecin (ORL)	0	1
16	Matrone	1	1
17	Infirmier chargé de stérilisation	1	0
18	ATS chargé de l'accueil et d'orientation des usagers	0	0
19	ATS pour la pharmacie et d'urgences	0	0
20	ATS pour la chirurgie	0	1
21	Secrétaire	0	2
22	Médecin gynécologue accoucheur	1	2
23	Bureau des entrées	0	1
24	Gardien	0	11
25	Chauffeur	0	6
26	Aide de santé instrumentaliste	1	2
27	Lingère (chirurgie)	0	3
28	Technicien de maintenance	1	3
29	Fille de salle	0	0
Total		9	73

Source : Projet d'établissement de l'hôpital (2015-2019) et enquêtes de terrain (2017).

A ce niveau une comparaison des prévisions globales (9) et des réalisations effectives globales (73), nous permet de dire que les besoins ont été importante pendant la période, c'est-à-dire 2017. En effet, les réalisations sont 8 fois supérieures aux prévisions. Ce qui laisse sous-entendre qu'il n'y a pas eu une bonne planification.

3.6 Budget et plan de financement

Cet indicateur nous informe sur les prévisions de financements et des financements effectivement réalisés concernant d'une part le volet « Fonctionnement courant », et d'autre part le volet « Investissement ». Le premier est constitué des fonctionnements courants, des salaires du personnel et frais de formation. Le second volet, c'est-à-dire Investissement, comprend les infrastructures et voiries, les équipements biomédicaux et enfin Autres équipements. Le tableau qui suit présente les renseignements en 2017

Tableau N°5 : Fonctionnement courant et investissements

N°	Rubriques	Financement prévu	Financement réalisé	Sources
Fonctionnement courant				
1	Fonctionnement courant	3 705 752 673	2 314 073 364	Etat, Hôpital
2	Salaires personnel F.P (Fonctionnaires et contractuels)	1 341 974 302	2 487 639 753	Etat ; Hôpital
3	Formation en Guinée	44 419 801	0	Hôpital, EDA
Totaux Fonctionnement		5 092 146 776	4 801 713 117	
Investissements				
1	Infrastructures et voiries	1 034 549 967	346 371 700	Etat, Hôpital, aide inter.
2	Equipements biomédicaux	124 892 818	32 642 500	Etat, Hôpital, aide inter.
3	Autres équipements	136 905 364	157 032 500	Etat, Hôpital, aide inter.
Totaux Investissements		1 296 348 149	536 046 700	
Total Général		6 388 494 925	5 337 759 817	

Source : Projet d'établissement de l'hôpital (2015-2019) et enquêtes de terrain de 2017

L'analyse de ce tableau nous permet tirer deux enseignements en termes de degré de réalisation des financements prévus. En premier au niveau de la rubrique financements courants nous constatons que le « Financement courant » par rapport aux prévisions a été réalisé à hauteur de 62, 45 % ; quant aux « Salaires du personnel (Fonctionnaires et Contractuels) », ils ont été supportés à hauteur de 185, 37 %. Ce qui signifie les prévisions ont été dépassées de loin. En revanche s'agissant la « Formation », l'Hôpital n'a rien pu faire par rapport aux prévisions. Alors que la formation permet de recycler le personnel de l'établissement afin d'acquérir de nouvelles connaissances sachant que la médecine est toujours en évolution. En second lieu au niveau de la rubrique investissements, les « Infrastructures et voiries » par rapport aux prévisions ont été réalisé à hauteur de 33, 48 % ; les « Equipements biomédicaux » à hauteur de 26, 14 % ; quant aux « Autres équipements » à la différence des deux (2) précédents, ils ont nécessité des financements supérieurs aux prévisions (114, 70 %).

2.1.1.1 Tableau de bord

Sur la base des indicateurs analysés précédemment le tableau de bord l'Hôpital Régional de Kankan au titre l'exercice 2017 peut se présenter comme suit :

Tableau N° 6: Tableau de bord de l'Hôpital Régional de Kankan au titre l'exercice 2017

N°	Les Indicateurs	Résultats	Prévisions/O bjectifs	Ecart	Ev aluations	Cause des Ecart	Actions correctives
							Actions
1	Nombre de lits	150	198	48	-	Manque de moyens	Faire de l'extension
2	Nombre des admissions	8 412	5 699	- 2 713	-	Insuffisance de nombre de lit	Plaidoyer auprès des partenaires pour augmenter le nombre de lits
3	Nombre de journées	43 622	39 890	- 3 732	-	Dépassement de nombre d'admissions	Faire l'extension des services
4	Taux d'occupation moyen	80%	56%	-24%	-	Dépassement de nombre d'admissions	Faire l'extension des services
5	Evolution des effectifs du personnel médical	23	1	- 22	+	Recrutement	
6	Evolution des effectifs du personnel soignant	90	4	- 86	+	Recrutement	
7	Evolution prévue des effectifs	246	151	- 95	+	Recrutement	
8	Besoin en personnel	73	9	- 64	+	Recrutement	
9	Nombre de formations prévues	3	10	7	-	Manque de financement	Plaidoyer auprès des partenaires
10	Effectif à former	27	126	99	-	Manque de financement	Plaidoyer auprès des partenaires
11	Fonctionnement courant	4 801 713 117	5 092 146 776	290 433 659	+	Existence du fonds nécessaire	
12	Investissements	536 046 700	1 296 348 149	760 301 449	-	Manque de financement	Plaidoyer auprès des partenaires

Source : Auteurs et enquêtes de terrain de 2017

Une lecture de ce tableau de bord permet de comprendre que l'hôpital régional de Kankan n'est pas performant en termes d'objectifs qu'elle s'est fixée. Aussi, au regard des effectifs et des taux d'accusations, l'on peut également dire que le fonctionnement de l'hôpital regorge de nombreux problèmes.

4. Conclusion

Le présent article avait pour objectif de contribuer à l'analyser de la performance et du fonctionnement de de l'hôpital régional de Kankan au titre de l'année 2017. Pour atteindre cet objectif, nous nous sommes imprégnés des statistiquement de l'hôpital régional de Kankan notamment les différents services et leurs effectifs ; les catégories socio-professionnelles ; les infrastructures (nombre de lits) ; les besoins en personnel ; le budget de financement etc. en fonction des prévisions et des réalisations calculées par les gestionnaires de l'hôpital régional de Kankan. Ensuite nous avons utilisé le tableau de bord qui constitue l'outil le mieux approprié pour mener une telle étude.

Ainsi, en ce qui concerne les effectifs par service, au titre l'année 2017, nos analyses montrent que le service le plus fourni est celui de la Maternité suivi par la Chirurgie et la Pédiatrie. S'agissant des catégories socioprofessionnelles, parmi les treize (13) dont dispose l'hôpital régional de Kankan, la plus importante en termes d'effectif est celle des « ATS » suivie de celle des « Médecins » et les « Aides de Santé. En s'intéressant à la capacité d'accueil de l'hôpital régional de Kankan, nous nous sommes rendu compte qu'elle n'était que de 160 lits pour tous les services confondus, ce qui reste très insuffisant pour un hôpital régional de 5 préfectures.

Quant à l'analyse du tableau de bord nous retenons qu'au titre de l'exercice 2017, parmi les douze (12) indicateurs retenus, sept (7) d'entre eux, c'est-à-dire plus de la moitié présentent des écarts négatifs pour l'Institution. Il s'agit : du « Nombre de lits » ; du « Nombre des admissions » ; du « Nombre de journées » ; du « Taux d'occupation moyen » ; du « Nombre de formations prévues » ; « d'Effectif à former » ; « d'Investissements ». Cette situation nous pousse à affirmer que l'hôpital régional de Kankan a connu une contre-performance. Nos analyses montrent que les causes de cette contreperformance sont dues au Manque de financement, à l'insuffisance du nombre de lit et au dépassement de nombre d'admissions.

Pour résoudre les difficultés que rencontre l'hôpital régional de Kankan nous pensons les responsables de l'hôpital régional de Kankan doivent non seulement faire davantage de plaidoyer auprès des autorités ministérielles mais aussi auprès des partenaires existants ou nouveaux à chercher. L'urgence serait de résoudre le problème de lit, du personnel et du renforcement des investissements. Un dispositif de contrôle de gestion en général, en particulier d'un tableau de bord permettra aux gestionnaires de ladite structure d'assurer l'évaluation et le suivi des indicateurs en temps réel, ce qui par conséquent contribuera à améliorer la performance de l'hôpital et de son fonctionnement. Cette recherche peut se généraliser aux autres hôpitaux publics de la Guinée.

5. Références bibliographiques

- [1] Alami, S. (2018). Le système de contrôle de gestion des hôpitaux publics au Maroc. *Revue d'Etudes en Management et Finance d'Organisation* (page 12-32).
- [2] Alami, S., & Boussetta, M. (2017). Management control and performance of the Moroccan hospital: Modeling by structural equations. *Revue des Etudes Multidisciplinaires en Sciences Economiques et Sociales* 92-108.
- [3] Avelé, D., & Bikourane, N. (2016). Contribution to the Knowledge of Contingent Factors on the Performance of Municipal Services. *Journal of International Business Research*, 15(1), 1.
- [4] Bouquin, H. (2004). « Le contrôle de gestion ». Paris : Presses universitaires de France, 6^o édition mise à jour.
- [5] Boussetta, M. et Alami, S. (2017). L'adoption du contrôle de gestion à l'hôpital marocain : Explication par l'approche PLS. *European Scientific Journal*.
- [6] Burlaud, A. et P. Zarlowski (2003). Le contrôle externe : quelles modalités pour quels enjeux ? *Revue française de gestion*, page 18.
- [7] Burlaud, A., & Malo, J. L. (1988). Les organisations complexes: un défi aux méthodes traditionnelles de contrôle de gestion. *Revue française de Comptabilité*, (187), p-58.
- [8] Burns, T. S., & Stalker, G. M. (1961). GM (1961) The management of innovation. *Tavistock, London*.
- [9] Cauvin, C., & Stephan Coyaud, C. (1999). Les habits neufs du contrôle de gestion. *Questions de contrôle*, 219-242.
- [10] Daft, R. L. (2001). *Organization Theory and Design*. London: South-Western. *Thomson Learning*.
- [11] Green, S. G., & Welsh, M. A. (1988). Cybernetics and dependence: Reframing the control concept. *Academy of management review*, 13(2), 287-301.
- [12] Merchant, K. A. (1982). The control function of management. *Sloan Management Review (Pre-1986)*, 23(4), 43.
- [13] Merchant, K. A., & Simons, R. (1986). *Research and control in complex organizations: an overview*. Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- [14] Merchant, K. A., & Simons, R. (1986). *Research and control in complex organizations: an overview*. Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.

University.

[15] Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*, trad. Romelaer P., Les Editions d'Organisation, Paris.

[16] Mintzberg, H. (2006). *Filemanagement au quotidien: les 10 rôles du cadre* (Doctoral dissertation, éd. d'Organisation, Paris, 283p).

[17] Otley, D. T. (1980). The contingency theory of management accounting: achievement and prognosis. In *Readings in accounting for management control* (pp. 83-106). Springer, Boston, MA.

[18] Porter, M. E. (1980). Industry structure and competitive strategy: Keys to profitability. *Financial analysts journal*, 36(4), 30-41.

[19] Saidani, N., & Taleb, S. (2019). *Système d'information hospitalier et la performance hospitalière: des liens étroits Cas du CHU de mohamed Lamine Debaghine* (Doctoral dissertation, Université Mouloud Mammeri).

[20] Shafritz, J. M., Ott, J. S., Shafritz, J., & Ott, J. (2001). Organizational culture and sense making. *Classics of organization theory*, 361-368.