

Appréciation de la performance hospitalière des hôpitaux publics au Cameroun : une perception du personnel de santé

FOKA TAGNE Alain Gilles

Université de Dschang, Centre d'Etude et de
Recherche en Management et Economie
(CERME). B.P. 110 Dschang (Cameroun)

E-mail : alainfoka58@yahoo.fr

NGUINGNA DJOMO Romuald Franklin

Doctorant à la Faculté des Sciences Economiques
et de Gestion de l'Université de Dschang,
djomoromuald2016@gmail.com

BIMEME BENGONO Isidore, Ph D en Sciences
de Gestion, isibimeme@yahoo.fr

ANANGA ONANA Anaclet, PhD en Sciences de
Gestion, anangaonanaanaclet2@gmail.com

Résumé

Cette étude vise à comprendre quels sont les critères qui participent à la perception par le personnel de la santé de la performance des hôpitaux publics au Cameroun. L'Analyse en Composantes Principales (ACP) a été utilisée sur les données recueillies par questionnaire auprès de 53 hôpitaux publics au Cameroun. L'ACP a permis d'identifier d'une part, les composantes de mesure de la performance des hôpitaux publics, et d'autre part, à construire un indice performance qui permettrait d'évaluer l'efficacité des hôpitaux publics en matière de performance au Cameroun. Après analyse des données par cette technique, deux constats ont été faits. Premièrement, il ressort que la performance hospitalière dans les hôpitaux publics au Cameroun est appréciée via trois déterminants. Il s'agit de l'atteinte des buts, de la qualité de prise en charge et l'adaptation aux besoins de la population. Deuxièmement, on constate que la performance des hôpitaux publics au Cameroun est de moindre qualité. En effet, seulement 48% des hôpitaux semblent remplir les critères de bonne performance hospitalière.

Mots-clés : Performance hospitalière, EGIPSS, ACP, Personnel de santé, Hôpital public

Appreciation of the hospital performance of public hospitals in Cameroon: a perception of health personnel

Abstract

This study aims to understand what criteria are involved in the perception by health personnel of the performance of public hospitals in Cameroon. Principal Component Analysis (PCA) was used on data collected by questionnaire from 53 public hospitals in Cameroon. The PCA made it possible to identify, on the one hand, the components for measuring the performance of public hospitals and, on the other hand, to construct a performance index that would make it possible to evaluate the effectiveness of public hospitals in terms of performance in Cameroon. After analyzing the data using this technique, two observations were made. Firstly, it emerges that hospital performance in public hospitals in Cameroon is assessed via three determinants. These are the achievement of goals, quality of care and adaptation to the needs of the population. Secondly, it is noted that the performance of public hospitals in Cameroon is of lower quality. Indeed, only 48% of hospitals seem to meet the criteria for good hospital performance.

Keywords: Hospital performance, EGIPSS, PCA, Health personnel, Public hospital

Introduction

Au cours des dix dernières années, le secteur de la santé de plusieurs pays africains a subi de nombreux bouleversements, notamment dans la mise en application des différentes mesures gouvernementales visant à maîtriser les coûts. Les pouvoirs publics ont à cœur de substituer la traditionnelle logique des moyens (interventions classiques rudimentaires) à une logique d'objectifs et de résultats fondée sur la confiance et la responsabilisation des gestionnaires.

Par conséquent, depuis la fin du 20^{ème} siècle les progrès scientifiques et techniques ont eu pour effet entre autres une augmentation de l'espérance de vie dans le monde entier. L'Afrique en dépit de ces progrès a toujours fait l'objet de nombreuses préoccupations quant à la capacité de chacun de ses 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 traduisant la politique de santé d'un pays. L'organisation médicale de l'hôpital est constituée de différentes fonctions de spécialité qui regroupent diverses compétences spécifiques nécessaires à la réalisation de cette mission de service public.

Plusieurs pays réservent une partie considérable de leur richesse nationale pour les dépenses de santé (Schieber et al., 1994), le Cameroun et le Maroc pour ne citer que ceux-ci ne sont pas restés en marge de cette mouvance. Au Maroc par exemple, les dépenses de santé ont enregistré une moyenne de 4,7% du PIB entre 1995 et 2009 et ont atteint 5,94% en 2013 (Zenjari et al., 2016). Au Cameroun, le système de santé a été défini en janvier 1989 par le ministre de la santé publique par décret ministériel N°89 /011, le pays ne comptait en ce moment que trois grands centres de santé et souffrait de plusieurs dysfonctionnements tels que : le manque de personnel, l'insuffisance des plateaux techniques, la mauvaise prise en charge des patients et la faible accréditation du budget de l'Etat aux dépenses de soins¹. Dès lors, le pays a entrepris la réforme de son système de santé au cours des années 2000 faisant de la problématique sanitaire un problème prioritaire. La réforme avait pour buts de rapprocher les hôpitaux des patients, de veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs et curatifs, le renforcement du matériel hospitalier. A cet effet, une enquête commanditée par le gouvernement camerounais a été réalisée entre 2003 et 2004 par l'Institut National de la Statistique pour évaluer la couverture des soins de santé. Il ressort du rapport de l'INS (2006) que cette enquête effectuée auprès de 143 formations sanitaires (dont 109 du secteur public et 34 du secteur privé) essaye de décrire les caractéristiques de l'offre des soins au Cameroun. Il ressort de ce rapport qu'environ 63% des centres médicaux d'arrondissements et 77% des centres de santé intégrés ne disposent pas d'eau courante, pourtant l'eau est une denrée indispensable pour le maintien d'une bonne hygiène dans les formations sanitaires. 81,3% des hôpitaux de district ont à leur sein un laboratoire de recherche contrairement à 46% dans les centres de santé intégrés. Cette enquête indique que les réfrigérateurs servant à la conservation des vaccins et de certains médicaments sont disponibles dans tous les hôpitaux de district, à 87,5% dans les centres d'arrondissements médicaux et à 70% dans les centres de santé intégrée.

Ces différents statistiques permettent de voir que l'offre de soins au Cameroun est bien plus importante comparée aux autres pays de la sous-région et montrent l'engouement qu'a l'Etat camerounais d'améliorer sa couverture sanitaire, néanmoins elle connaît toujours plusieurs autres problèmes tels que la couverture de l'ensemble du territoire national. En effet, plusieurs localités du pays se trouvent encore isolées de l'accès aux soins de qualité, des coûts élevés de traitement, des problèmes d'assainissement dans les formations sanitaires, de la rupture fréquente des stocks des médicaments essentiels dans les formations sanitaires et surtout de l'insuffisance du personnel sanitaire qualifié pour couvrir les besoins d'une population estimée à 19 406 100 habitants au

¹ En effet, il ressort du rapport de l'INS (2009) que sur un financement total du secteur de la santé estimé à 2 301, 1 milliards de FCFA que la contribution des ménages s'élevait à 94,6% contre 3,8% (soit 86 779 000 000 FCFA) pour l'Etat et 1,6% (37 425 080 000 FCFA) pour les partenaires extérieurs.

premier janvier 2010 (INS, 2010). Ces dysfonctionnements relevés montrent que nos hôpitaux souffrent d'un problème de contreperformance eu égard de leurs conditions d'exercice des activités. L'injonction à la performance est devenue permanente dans presque tous les domaines (Znati, 2017) et l'hôpital n'y échappe pas, car si la santé n'a pas de prix l'hôpital lui a un coût et pas des moindres.

Seulement, évaluer la performance hospitalière n'est pas une tâche aisée, aucun consensus ne se dégage autour de ce que chacun considère comme faisant partie de la performance et par conséquent de ce qu'il est nécessaire de mesurer (Jaques, 2013). Pour Champagne et al., (2004), la performance est un concept aussi vaste qu'insaisissable. De ce fait, un hôpital ne peut être performant que si les acteurs joignent leurs efforts pour atteindre un jeu d'objectif commun (Sicotte et al., 2002). C'est ainsi que Gilbert et Charpentier (2005) définissent la performance comme une construction sociale. Pour eux, si le type de performance recherchée peut différer d'une entreprise à une autre, il peut également varier selon le type d'acteurs. Par conséquent, il est donc possible en prolongeant la théorie des stakeholders, d'interpréter la performance selon les enjeux des différents acteurs qui composent l'organisation ou qui détiennent un intérêt (Freeman, 1984). Ces auteurs veulent par-là ressortir la dimension humaine et la satisfaction des parties prenantes. Les hôpitaux publics sont donc des organisations stratégiques qui jouent un rôle central dans le développement territorial et font face à l'obligation de répondre aux exigences de l'ensemble de leurs parties prenantes (Bounazef et Chabani, 2013). C'est une notion multidimensionnelle et complexe, ne se limitant pas aux seuls résultats financiers et dont l'évaluation ne peut se faire que par la mesure de plusieurs résultats organisationnels, externes et internes (Raad, 2004). C'est dans cette logique que nous choisissons d'évaluer l'axe organisationnel de la performance hospitalière pour la principale raison que la mission du service public est avant tout, celle de rechercher la satisfaction des usagers et non l'intérêt financier bien que les établissements publics sont dorénavant soumis aux exigences de rentabilité financière. C'est aussi dans cette logique que Le Pogam et al., (2009) relèvent qu'à côté de l'efficacité clinique, l'hôpital doit remplir des objectifs d'efficience (utilisation optimale des ressources, productivité, adéquation des services), d'équité, de sécurité, de satisfaction du patient, de disponibilité et d'accessibilité. D'ailleurs pour eux, le secteur hospitalier public doit répondre à une performance globale qui est, par nature, multidimensionnelle. Dès lors notre étude vise à comprendre quels sont les critères qui participent à la perception par le personnel de la santé de la performance des hôpitaux publics au Cameroun. L'originalité de la présente étude est la construction d'un indice performance qui puisse discriminer les hôpitaux moins performants des hôpitaux performants. En plus, cette étude affiche un intérêt certain dans la mesure où les résultats issus de cette recherche permettront d'attirer l'attention des pouvoirs publics et des gestionnaires des structures sanitaires sur la nécessité de la mise sur pieds d'une couverture sanitaire universelle pour le plus grand bien de la population.

Cet article, après cette introduction est organisé en trois points. Le premier présente la revue de littérature sur les critères d'évaluation de la performance hospitalière. Le second présente la méthode d'investigation adoptée et le troisième présente les résultats obtenus. Nous terminerons par une conclusion.

1. Appréciation de la performance hospitalière : une revue de littérature

La performance est une notion centrale du contrôle de gestion au nom de laquelle est mis en œuvre l'ensemble des dispositifs techniques de la discipline (Berland, 2014). Ce mot performance vient de l'ancien français performer qui signifiait « accomplir, exécuter » (petit robert). Il apparaît plus tard en anglais avec to perform dont vient le mot de performance, dans son sens anglais la performance soutient à la fois l'action et son résultat. Elle a toujours été une notion ambiguë, au sens de Louart (1996), c'est une notion polysémique et ce mot ne prend tout son sens que dans le contexte où il est étudié. Pour Bchini (2005) dans son acceptation gestionnaire la performance est définie comme la capacité à atteindre les objectifs, pour ce faire l'organisation doit mobiliser les ressources de manière optimales traduisant ainsi un lien entre la performance, l'efficacité et l'efficience.

La littérature relative aux dimensions de la performance hospitalière est peu fournie et aucun consensus sur ce qu'il convient de mesurer, pourtant dans le secteur hospitalier privé tout comme celui du public, la recherche de la performance s'impose. L'Hôpital public de par sa particularité nécessite de s'interroger sur la définition de la performance et sur ces différentes dimensions.

1.1. La performance hospitalière : définition

Le département de la santé au Royaume-Unis a développé la performance assessment Framework qui est un système unifié de mesure et d'évaluation de la performance. Ce système propose en 1999 une définition de la performance hospitalière et l'entend comme « *l'approvisionnement de services efficaces et efficients, appropriés et en temps opportun pour répondre aux besoins locaux de santé* ». Plus concrètement améliorer la performance signifie pour l'hôpital de faire les bonnes choses, de la bonne manière, au moindre coût, au bon moment compte tenu des différentes contraintes. La commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux au Québec définit la performance hospitalière comme « *obtenir les meilleurs résultats possibles compte tenu des ressources disponibles* ». Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2004), une performance élevée dans les hôpitaux devrait être évaluée en fonction de l'accessibilité des services hospitaliers à tous les patients sans égards aux barrières physiques, culturelles, sociales et démographiques. Cette perception de l'OMS est partagée par Nga Nkouma Tsanga (2020) pour qui une structure hospitalière performante est celle qui satisfait les usagers et les personnels. Pour elle, ces deux entités (usagers et personnels) sont liées : il ne saurait y avoir une satisfaction des patients et garde-malades si le personnel sanitaire est insatisfait.

En outre, dans les pays développés, plusieurs structures ont été implémentés pour évaluer la performance des structures hospitalières, c'est notamment le cas dans les pays comme la France, les Etats-Unis, le Canada. Améliorer l'état de santé, faire preuve de réactivité, optimiser l'utilisation des ressources disponibles, éviter les durées de séjour trop longues, obtenir un pourcentage élevé de patients satisfaits, optimiser l'occupation des lits, ces différents contenus de la performance renvoient aux parties prenantes et à leurs évaluations de la performance en fonction de leurs intérêts.

1.2. Les dimensions de mesure de la performance hospitalière

Plusieurs chercheurs ont tenté de modéliser la performance hospitalière. A cet effet, ils ont mobilisé plusieurs modèles afin d'évaluer cette performance. Il s'agit des modèles unidimensionnels et des modèles multidimensionnels.

1.2.1. Les modèles unidimensionnels

La littérature recense quatre types de modèles unidimensionnels à savoir : les modèles objectifs rationnels, les modèles ressources, les modèles relations humaines et les modèles processus.

S'agissant des modèles objectifs rationnels, plusieurs auteurs (Price, 1977 ; Shortel et al., 1994) optent pour l'adoption de ce modèle. Ce modèle valorise l'idée selon laquelle l'organisation doit réaliser des objectifs spécifiques et se focaliser plus sur la production des soins. D'après Medimagh (2009), ce modèle utilise des proxys de performance essentiellement basés sur l'efficacité productive telles que la mesure du temps de travail des praticiens du nombre de lits et du nombre de journées d'hospitalisations et des admissions dans un centre de santé. Concernant les modèles des ressources, ils s'intéressent aux capacités d'une organisation à se doter des facteurs adéquats pour faciliter son bon fonctionnement. Parmi ces facteurs, nous pouvons citer le capital humain ou la gestion des compétences et le financement. Plusieurs auteurs comme Grant (1991) et Barney (1995) ont eu recours à ce modèle dans leurs études. On retient de ce modèle que la performance se définit comme la capacité de l'organisation à satisfaire les attentes des parties prenantes. Pour ce qui est du

modèle des relations humaines, les adeptes de ce modèle conçoivent l'organisation comme un milieu de coalitions de divers ordres politiques (De Bettignes et al., 1975) et où le capital humain occupe une place de choix dans ce modèle (Guisset et al., 2002). Les modèles processus quant à eux mettent l'accent sur le processus interne de production avec un respect des normes établies (Ketchen et al., 1996). L'une des limites de ses différents modèles unidimensionnels est la prise en compte d'une seule dimension de la performance hospitalière. D'où le regard vers les modèles prenant en compte plusieurs dimensions de la performance.

1.2.2. Les modèles multidimensionnels

Le modèle de Donabedian

Donabedian (1966) est l'un des premiers auteurs qui a concentré ses travaux sur la définition des dimensions de la qualité des soins. Il retient à cet effet, deux composantes de la qualité des soins à savoir : la qualité technique et la qualité interpersonnelle. Ce dernier identifie trois axes permettant d'apprécier la qualité des services de santé dans un hôpital. Il s'agit du potentiel en termes de ressources, des pratiques professionnelles du personnel de santé et le changement dans l'état de santé du patient. Cet auteur arrive à la conclusion qu'il faut appréhender la performance sous différents angles selon qu'il s'agit des performances individuelles, collectives voire organisationnelles.

Le modèle multidimensionnel de la Balance Scorecard

Le modèle Balanced Scorecard développé par Kaplan et Norton (1992) est considéré comme l'un des modèles les plus répandus et les plus utilisés par les entreprises privées et publiques de par le monde. Ce modèle a pour objectif d'élaborer une vision stratégique pour l'entreprise en se basant sur quatre axes de performance: processus interne, apprentissage/innovation, satisfaction des clients et résultats financiers. En 2003, ces auteurs adoptent une vision multicritère de la performance, leur modèle cherche une vision de globalité et d'équilibre car, il met en avant le lien de cause à effet entre les quatre axes énoncés précédemment afin d'éviter qu'un axe soit favorisé au détriment d'un autre. Pour Germain et Trébuçq (2004), l'axe apprentissage permet l'amélioration de l'axe processus interne, qui à son tour mène à la satisfaction des clients. Pour eux, une clientèle satisfaite va permettre d'atteindre les objectifs et enfin satisfaire les partenaires. En effet, la qualité des soins dispensés par les médecins et hôpitaux augmente lorsqu'ils soignent plus de patients (grâce à une expérience accrue) notamment dans le cadre des procédures complexes. L'utilisation du Balanced Scorecard dans le système de santé ne date pas d'aujourd'hui (Zenjari et al., 2016). En effet, l'utilisation est sans cesse croissante en raison de l'évolution de l'environnement et du développement des systèmes d'informations et de la communication. De plus, il existe une unanimité dans le secteur de la santé concernant les indicateurs de mesure du Balanced Scorecard (Modell, 2004).

Le modèle global et intégrateur de la performance organisationnelle

Les chercheurs comme Sicotte et al., (1998) ont conceptualisé un modèle illustrant un système global et intégré d'évaluation de la performance organisationnelle. Ce modèle est contraire à tous les modèles unidimensionnels cités précédemment basés sur la recherche de l'efficacité économique de la performance hospitalière. Ce modèle d'analyse de la performance dénommé « Evaluation Globale et Intégrée de Performance de Système de Santé »(EGIPSS) a été élaboré par le Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS) de l'Université de Montréal. Il diffère des autres parce qu'il répond à plusieurs questions et revêt un caractère pluridimensionnel (Medimagh, 2009). L'EGIPSS trouve son essence dans la théorie de l'action sociale de Parsons (1951) sur laquelle repose aussi le modèle de Quinn et Rorhrbaugh (1983). Cette théorie stipule que toute organisation doit constamment maintenir quatre fonctions essentielles d'un système social pour garantir sa

pérennité. Ces différentes fonctions sont les composantes d'appréciation de la performance de l'organisation. On retient d'après le modèle de Sicotte et al., (1998), qu'une organisation est dite performante lorsqu'elle parvient à maintenir un équilibre dynamique résultant des interactions et échanges continus entre ces quatre fonctions (Zenjari et al., 2016). Ces fonctions sont présentées dans le tableau 1 ci-après.

Tableau 1 : critère de mesure de la performance de l'organisation selon Sicotte et al. (1998)

Alignements entre fonctions	Fonctions de l'organisation	Critère de performance
Pertinence	Fonction d'adaptation	-Capacité à acquérir des ressources
		-Capacité à être présent sur le marché
		-Capacité d'innovation et d'apprentissage
		-Capacité à mobiliser ses ressources
Opportunité	Fonction d'atteinte des buts	-Capacité à répondre aux besoins de la population
		-Efficacité
		-Efficience
Impact	Fonction de production	-Satisfaction des parties prenantes
		-Le volume de production
		-La coordination des facteurs de production
Congruence	Fonction de maintien des valeurs	-La productivité
		-Qualité des soins : humanisation, accessibilité, continuité, qualité technique appropriée, satisfaction du patient
		-Consensus interne sur les valeurs fondamentales
		-Climat de collaboration

Source : Medimagh (2009 P. 23)

Il ressort de cette synthèse de la littérature que la performance hospitalière est une notion difficile à cerner, car d'une part, elle est multicritère et d'autre part, les utilisateurs sont nombreux et n'ont forcément pas la même perception ou les mêmes attentes. Dans le cadre de cette étude, le modèle intégrateur de la performance organisationnelle proposé par Sicotte et al. (1998) a été retenu pour apprécier la performance hospitalière dans la mesure où ce modèle prend en compte l'ensemble des dimensions de la performance.

2. Stratégies empiriques de l'étude

Cette section s'organise autour de trois axes. Le premier porte sur la présentation de l'échantillon et la méthode de collectes des données. Le second traite de la description des variables de l'étude. La troisième porte sur les outils statistiques d'analyse.

2.1. Echantillon et méthode de collecte des données

La collecte des données s'est effectuée auprès des hôpitaux publics du Cameroun, plus précisément dans la catégorie des établissements centralisés et décentralisés entre les mois de Juin et Juillet 2019 avec comme instrument de collecte le questionnaire. A cet effet, nous avons administré 95 questionnaires dans les hôpitaux publics des villes de Douala, Yaoundé et Bafoussam. Sur les 95 questionnaires administrés, seulement 53 ont été jugés exploitables dans le cadre de cette étude. Ce nombre se justifie par plusieurs raisons. Premièrement, les enquêtés disposaient de peu de temps à nous accorder compte tenu du volume de patients à leur actif. Ils étaient submergés par le travail et que le temps pour répondre au questionnaire leur faisait défaut. Deuxièmement, la plupart des enquêtés qui étaient disposés à nous répondre exigeaient de nous au préalable une autorisation de la plus haute hiérarchie de l'hôpital (Directeur général) sous peine d'être victime de représailles. Ce qui nous a un peu plus compliqués la tâche car obtenir cette autorisation n'était pas chose facile et cela du fait de l'indisponibilité de ces dirigeants. En dépit de notre insistance, les résultats ne furent pas plus encourageants.

2.2. Opérationnalisation des variables de l'étude

Afin d'étudier la perception du personnel de santé sur ce qui est des critères de mesure de la performance des hôpitaux publics, nous avons retenu le modèle global et intégrateur de la performance organisationnelle développé par Sicotte et al., (1998). En effet, ce modèle met en avant la fonction atteinte des buts, la fonction adaptation, la fonction de production et la fonction de maintien des valeurs. Sur la base de ce modèle, nous avons pu identifier 14 indicateurs pour appréhender la performance des hôpitaux publics. Tous ces items ont été mesurés à travers l'échelle de Likert à cinq points allant de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord ». Ces indicateurs peuvent être regroupés dans le tableau 2 suivant.

Tableau 2 : Proxys retenus pour évaluer la performance hospitalière

Variable	Indicateurs
Performance des hôpitaux publics	La durée d'attente des patients en consultation pour la médecine générale est courte ;
	La durée moyenne de séjour des patients au sein de votre hôpital est élevée ;
	Le nombre de plainte que vous recevez des patients est élevé ;
	Le nombre de salles d'hospitalisation donc vous disposez est limité ;
	La durée d'observation des patients après les soins est élevée ;
	Votre hôpital prend en charge les patients en attendant leur paiement ultérieur ;
	Vous commencez le traitement sur un patient lorsqu'il a versé une partie des frais ;
	Votre hôpital enregistre des ruptures de stocks (médicaments, matériel...) ;
	Le taux d'absentéisme du personnel médical et administratif est élevé ;
	L'administration envoie le personnel faire des colloques (formations,

séminaires) ;

Le nombre moyen de réunion de coordination au sein de votre hôpital est faible ;

L'assiduité du personnel au poste de travail est satisfaisante ;

Vous tenez des réunions disciplinaires en vue de résoudre les tensions sociales entre le personnel ;

Certains de vos services (urgence, radiologie, pharmacie...) sont interrompus de façon régulière.

Source : Une proposition des auteurs sur la base des critères identifiés dans les études ayant mobilisé le modèle intégrateur de la performance organisationnelle proposé par Sicotte et al. (1998).

2.3. Outils statistiques d'analyse

Les données ont été traitées en nous servant du logiciel SPSS. Concernant les outils statistiques, nous avons utilisé les tris à plat pour la description des variables de l'étude, l'Analyse en Composante Principale (ACP) pour identifier les composantes de mesure de la performance des hôpitaux publics d'une part, et d'autre part, pour construire un indice performance qui permettrait d'évaluer l'efficacité des hôpitaux publics en matière de performance. A cet effet, pour s'assurer de l'unidimensionnalité et de la fiabilité de nos variables on a eu recours à l'analyse de fiabilité à travers l'Alpha de Cronbach. En effet, l'analyse de la fiabilité permet d'étudier les propriétés des échelles de mesure et des éléments qui le constituent.

3. Résultat de l'opérationnalisation empirique

Cette section traite essentiellement des résultats des analyses descriptives.

3.1. Caractéristiques de l'échantillon

Il est question de présenter les caractéristiques du répondant et des caractéristiques des hôpitaux publics.

Concernant le profil des répondants, il ressort des hôpitaux enquêtés que 28,3% des responsables sont des médecins, 22,7% sont des infirmiers, 20,7% occupent le poste de chef du centre, 15,1% respectivement occupent le poste de médecin en chef et major, 7,5% le poste de directeur général et 5,7% occupent le poste de coordonnateur de la qualité des soins. 64,2% de ces répondants sont de sexe féminin. Concernant la pyramide des âges, 30,2% des répondants ont moins de 30 ans, 35,8% ont entre 30 et 40 ans, 24,5% ont entre 40 et 50 ans et 9,4% ont entre 50 et 60 ans.

S'agissant du profil des hôpitaux, les statistiques révèlent que l'âge moyen des hôpitaux interrogés est de 38,4906 ans avec un minimum de 5 ans et un maximum de 96 ans. 64,2% des hôpitaux enquêtés sont classés dans la catégorie des établissements publics décentralisés et 35,8% dans la catégorie des établissements publics centralisés. 47,2% des hôpitaux étudiés sont des districts, 26,4% des centres intégrés, 9,4% des hôpitaux généraux, 7,5% des hôpitaux régionaux, 5,7% des hôpitaux centraux et 3,8% des centres d'arrondissements. Pour ce qui est de l'effectif du personnel exerçant dans ces établissements sanitaires, 28,3% ont moins de 30 employés, 9,4% entre 30 et 40 employés, 15% entre 40 et 60 employés et 47,2% ont plus de 60 employés. L'organe de direction dans ces structures sanitaires est composé du conseil de direction, du comité de gestion et du conseil d'administration. Par conséquent, 20,8% des établissements interrogés ont pour organe de direction le conseil de direction et 39,6% respectivement ont pour organe de direction le conseil d'administration et le comité de gestion.

3.2. Description des indicateurs de mesure de la performance des hôpitaux

En s'inspirant de la littérature, la performance hospitalière a été mesurée via 14 indicateurs. Les statistiques descriptives indiquent que 50,9% des personnels de santé enquêtés ne sont pas d'accords lorsqu'on dit que la durée d'attente des patients en consultation pour la médecine générale est courte, 41,5% sont moyennement d'accords contre 7,6% qui partagent totalement cet avis. Presque tout le personnel de santé est d'avis (58,5% pour d'accord et 32,1% pour tout à fait d'accord) lorsqu'on dit que la durée moyenne de séjour des patients dans leur structure est élevée. 26,4% des enquêtés ne sont pas d'avis lorsqu'on dit que le nombre de plainte reçu de la part des patients est élevé, 37,7% sont moyennement d'accords contre 35,9% qui partagent cet opinion. La plupart des enquêtés (81,1%) affirment que le nombre de salles d'hospitalisation dont dispose leur établissement de santé est limité. Plus de la moitié des personnels de santé interrogés (62,3%) disent que la durée d'observation des patients après les soins est élevée. 41,5% des personnels de santé ne sont pas du tout d'accord lorsqu'on dit que leur établissement de santé prend en charge les patients en attendant leur paiement ultérieur, 47,2% moyennement d'accords contre 11,3% qui prennent en charge les patients en attendant leur solde. 47,2% des établissements de santé interrogés disent commencer les soins chez les patients lorsqu'ils ont versé au moins une partie des frais, 35,8% sont moyennement de cet avis contre 17% qui avouent commencer les soins sans que les frais soient versés. Ces statistiques nous laissent croire que certains hôpitaux semblent mettre l'accent sur le volet financier avant le début des soins. Plus de 60,4% du personnel soignant sont moyennement d'accords lorsqu'on dit que leurs structures font face à la rupture de stocks en termes de médicaments et matériels de travail. Plus de la moitié de ces personnels soignants sont d'avis lorsqu'on dit que leur taux d'absentéisme est élevé. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces médecins concentrent plus de temps dans leur clinique personnel. 28,3% des répondants ne sont pas d'avis lorsqu'on dit que le top management organise les séminaires de formation du personnel soignant, 49,1% sont moyennement d'accord contre 20,8% qui sont de cet avis. Plus de la moitié du personnel soignant (56,6%) trouvent le nombre moyen de réunion de coordination dans leur structure sanitaire faible. Presque tous (94,3%) sont satisfaits du comportement de leur collaborateur à leur poste respectif de travail. Seulement 41,5% tiennent des réunions disciplinaires en vue de résoudre les tensions sociales entre le personnel. Plus de la moitié des répondants avouent que certains services comme l'urgence, la radiologie, la pharmacie sont interrompus de façon régulière.

3.3. Les facteurs résultant de l'analyse factorielle en composantes principales

Le recours à l'analyse factorielle en composantes principale sa permis de réduire un grand nombre de variables en un plus petit nombre appelées facteurs. A cet effet, l'analyse de fiabilité, la qualité de représentation, le test de KMO et le test de spécificité de Bartlett ont été utilisés pour mesurer la cohérence des items. Avant l'interprétation des résultats du tableau 2, on tient à préciser qu'une première analyse en composantes principales a été réalisée sur les 14 items qui constituent la performance des hôpitaux publics. Cette première analyse a permis d'extraire trois items qui présentaient une qualité de représentation inférieure à 0,5 ou encore un coefficient inférieur à 0,5. Les résultats de la première analyse effectuée affichaient une variance totale de 60,744%. Malgré le fait que le test de KMO (0,776) soit supérieur à 0,5, que le test de Bartlett soit significatif au seuil de 1% et que l'Alpha de Cronbach des 14 items soit supérieur au seuil de 0,6 fixé par la littérature (0,873 > 0,6), nous avons refait l'analyse. Après extraction des items « *le nombre de plainte que vous recevez des patients est élevé* », « *votre hôpital enregistre des ruptures de stocks (médicaments, matériels)* » et « *le nombre moyen de réunion de coordination au sein de votre hôpital est faible* », une deuxième analyse a été réalisée sur les 11 items restant. Le tableau 3 récapitule les résultats de l'analyse factorielle de la deuxième analyse.

Tableau 3 : Synthèse des résultats de l'ACP de la deuxième analyse

Items	Facteurs		
	1	2	3
La durée d'attente des patients en consultation pour la médecine générale est courte	0,580		
La durée moyenne de séjour des patients au sein de votre hôpital est élevée			0,706
Le nombre de salles d'hospitalisation donc vous disposez est limité		0,621	0,640
La durée d'observation des patients après les soins est élevée		0,794	
Votre hôpital prend en charge les patients en attendant leur paiement ultérieur	0,684		
Vous commencez le traitement sur un patient lorsqu'il a versé une partie des frais		0,753	
Le taux d'absentéisme du personnel médical et administratif est élevé	0,535	0,507	
L'administration envoie le personnel faire des colloques	0,878		
L'assiduité du personnel au poste de travail est satisfaisante			0,893
Vous tenez des réunions disciplinaires en vue de résoudre les tensions sociales entre le personnel	0,798		
Certains services (urgence, radiologie, pharmacie) sont interrompus de façon régulière			
Valeurs propres	4,612	1,652	1,208
% variance expliquée	41,928	15,023	10,979
% de la variance cumulée	41,928	56,951	67,930
Indice de KMO	0,724		
Test de Sphéricité de Bartlett	Khi-2 approximé= 261,545 P=0,000		
Alpha de Cronbach par facteur	0,810	0,754	0,787
Alpha de Cronbach global	0,853		

A la lecture de ce tableau, nous pouvons tirer plusieurs enseignements.

Premièrement, le test de fiabilité effectué sur les 11 items retenus pour apprécier la performance hospitalière affiche cette fois-ci un alpha de Cronbach de 0,853 supérieur au seuil de 0,6 fixé par la littérature. Deuxièmement, les résultats de cette analyse permettent d'identifier 03 facteurs sur 11 dont les valeurs propres sont supérieures à 1. Ces facteurs expliquent à 67,930% l'information totale contrairement à la première analyse qui affichait une information initiale de 60,744%. De plus, ces résultats présentent un indice de KMO de 0,724 ce qui est largement satisfaisant car supérieur à 0,5. Le test de Bartlett est élevé avec une probabilité nulle. Ce qui veut dire que la matrice de corrélation est bien une matrice identité. Troisièmement, ces résultats de l'ACP permettent d'identifier trois déterminants de la performance hospitalière dans les hôpitaux au Cameroun.

Le premier déterminant récupère 41,928% de l'information initiale. Il est constitué de cinq items à savoir : *la durée d'attente des patients en consultation pour la médecine générale est courte ; votre hôpital prend en charge les patients en attendant leur paiement ultérieur ; le taux d'absentéisme du personnel médical et administratif est élevé ; l'administration envoie le personnel fait des colloques et vous tenez des réunions disciplinaires en vue de résoudre les tensions sociales entre le personnel.* Ces items font références à «**l'atteinte des buts** ». Par conséquent, c'est la seule référence qui explique au mieux la performance hospitalière au vue de son taux de 41,928%. L'atteinte des buts est

considérée comme l'objectif tel que défini par le top management de l'entreprise cela rejoint les travaux de Zenjari et al., (2016) qui en s'appuyant sur la théorie des renvois sélectifs montre que l'atteinte des buts détermine la capacité d'un hôpital à recevoir le jour le jour un nombre important de patients. Tout groupe social a besoin d'un minimum de cohérence pour fonctionner de manière optimale. Le renforcement de la culture organisationnelle contribue à l'atteinte de ce but.

Le deuxième déterminant est nommé «**qualité de prise en charge**». Il est constitué de quatre items (*le nombre de salles d'hospitalisation donc vous disposez est limité ; la durée d'observation des patients après les soins est élevée ; vous commencez le traitement sur un patient lorsqu'il a versé une partie des frais ; le taux d'absentéisme du personnel médical et administratif est élevé*) récupérant 15,023% de la variance totale. Ce résultat peut s'expliquer par la stratégie adoptée par chaque hôpital plaçant ainsi le patient au centre de toutes préoccupations. Comme le souligne Storden et al. (2000), les médecins accordent plus d'importance à la satisfaction du patient eux-mêmes faisant ainsi référence à leur « état biologique ».

Le troisième déterminant quant à lui est composé de trois items (*la durée moyenne de séjour des patients au sein de votre hôpital est élevée ; le nombre de salles d'hospitalisation donc vous disposez est limité ; l'assiduité du personnel au poste de travail est satisfaisante*) qui expliquent à 10,979% l'information initiale. A partir de ces items ce troisième déterminant prend le nom d' «**Adaptation aux besoins de la population** ». Ce résultat s'explique par des difficultés constantes auxquelles les hôpitaux publics camerounais sont confrontés (insuffisance des salles d'hospitalisation, un manque triade en termes de personnel de santé) pourtant un hôpital qui se dit performant au sens de l'OMS est celui dans lequel l'adaptation aux besoins de la population est constante. Les hôpitaux camerounais bien qu'étant dans cette dynamique d'adaptation sont toujours ralentis par des contraintes récurrentes d'où ce faible niveau d'adaptation.

3.4. Construction d'un indice spécifique à la performance des hôpitaux au Cameroun

Les résultats de l'analyse factorielle ont permis de retenir trois facteurs. Ces résultats de l'analyse factorielle permettront de construire un indice performance hospitalière. D'après Correia et al., (2009), les indices dérivés de l'analyse en composantes principales les plus utilisés sont issus soit du premier facteur, soit de la moyenne proportionnelle de tous les facteurs obtenus avec les poids représentés par les variances proportionnelles de chacune (les valeurs propres). Dans la présente étude, nous avons retenu la deuxième méthode pour construire l'indice performance hospitalière étant donné que leur variance cumulée récupère 67,930% de l'information initiale.

L'indice performance hospitalière (**IPERF**) calculé à partir de la moyenne des facteurs retenus sera standardisé sur une échelle allant de 0 à 1, grâce à la relation ci-après :

$$IPERF = \frac{IPERF_i - \text{Min}(IPERF)}{\text{Max}(IPERF) - \text{Min}(IPERF)}$$

0 indique le niveau le plus faible de l'indice performance hospitalière et 1 le niveau le plus élevé. Les auteurs tels que Mougou Mbenda et Niyonsaba Sebigunda (2015) et Djoutsu et al. (2018) ont expérimenté cette méthode dans leurs travaux. Le tableau 4 présente la description de l'indice performance des hôpitaux publics.

Tableau 4 : Statistiques de l'indice performance des hôpitaux publics

	N	Min	Max	Moyenne	Ecart type
Indice performance hospitalière	53	0,00	1,00	0,4769	0,23974

Suivant le tableau 4, on remarque que les hôpitaux publics de l'échantillon ont un indice moyen de performance hospitalière de 0,4769 qui est inférieur à 0,5. Ce qui signifie que seulement 47,69% des hôpitaux publics de l'échantillon ont une bonne performance hospitalière. Ce résultat s'explique par

le fait que les hôpitaux camerounais sont beaucoup malades que les patients eux-mêmes. En effet, il est à noter que ces hôpitaux situés dans les zones assez reculées font face à des difficultés énormes telles que relevées à l'introduction, bien que l'Etat essaye autant que possible d'améliorer leur situation. Le secteur sanitaire au Cameroun connaît plusieurs crises. Notons que la santé est un pôle important pour un développement durable. Ce résultat conforte les travaux de Ndjepel et al.(2014) qui ont trouvé que plus de la moitié des hôpitaux camerounais sont en mauvaise situation de santé car les ménages camerounais contribuent à hauteur de 83% au financement de leurs dépenses de soins. Cette précarité des hôpitaux pour les auteurs est expliquée par l'inexistence de la couverture sanitaire universelle pourtant longuement défendu par nos dirigeants. D'ailleurs, le rapport de l'INS (2009) indiquait déjà que sur un financement total du secteur de la santé estimé à 2 301, 1 milliards de FCFA, que la contribution des ménages s'élevait à 94,6% contre 3,8% pour l'Etat et 1,6% pour les partenaires extérieurs.

Conclusion

Cette étude visait à comprendre quels sont les critères qui participent à la perception par le personnel de la santé de la performance des hôpitaux publics au Cameroun. Pour apprécier la performance hospitalière on a mobilisé les critères de mesure de la performance de l'organisation proposé par Sicotte et al., (1998) qui trouvent son essor dans la théorie de l'action sociale de Parsons (1951). Pour se faire, les données ont été collectées auprès des hôpitaux publics du Cameroun entre les mois de Juin et Juillet 2019, avec comme instrument de collecte le questionnaire. A cet effet, 53 questionnaires ont été jugés exploitables dans le cadre de cette étude. Comme outil d'analyse de données, on a eu recours à l'Analyse en Composante Principale (ACP). L'ACP a permis d'identifier d'une part, les composantes de mesure de la performance des hôpitaux publics, et d'autre part, à construire un indice performance qui permettrait d'évaluer l'efficacité des hôpitaux publics en matière de performance au Cameroun. Après analyse des données par cette technique, deux constats ont été faits.

Premièrement, il ressort que la performance hospitalière dans les hôpitaux publics au Cameroun est appréciée au travers de trois déterminants. Il s'agit de l'atteinte des buts, de la qualité de prise en charge et l'adaptation aux besoins de la population. Deuxièmement, on constate que la performance des hôpitaux publics au Cameroun est de moindre qualité. En effet, seulement 48% des hôpitaux semblent remplir les critères de bonne performance hospitalière.

Malgré l'apport indéniable de ces résultats dans notre contexte, les conclusions doivent être interprétées avec beaucoup de précaution compte tenu de la taille de l'échantillon. Etant donné que la performance hospitalière est une notion difficile à cerner, car d'une part, elle est multidimensionnelle et d'autre part, les utilisateurs sont nombreux et n'ont forcément pas la même perception ou les mêmes attentes on devrait interroger toutes les parties prenantes afin d'avoir une perception de chacune d'elle. Mais notre étude s'est concentrée uniquement sur le personnel de santé. La prise en compte de la perception des autres acteurs constituerait une piste de recherche future. En effet, elle permettrait d'effectuer une comparaison en termes de jugements. Cette étude ouvre le champ à plusieurs questionnements qui trouveront certainement les éléments de réponse dans nos travaux futurs. Pourquoi certains hôpitaux publics affichent une bonne performance hospitalière et d'autres non ? Est-ce que cette faible performance hospitalière pourrait être expliquée par la qualité de la gouvernance ou la qualité des mécanismes de contrôle dans les hôpitaux publics ?

L'Etat à travers le ministère de la santé devra continuer à mettre les moyens pour améliorer le plateau technique des hôpitaux, pour éviter les ruptures de stock des médicaments qui peuvent être à l'origine des décès des patients et voir comment faire pour mettre sur pieds une couverture sanitaire universelle. En effet, la mise sur pieds d'une couverture universelle en matière de santé fera

en sorte que tous les individus aient accès aux soins sans encourir de difficultés financières, car le rapport de l'INS (2009) indiquait que les ménages contribuaient à hauteur de 94,6% dans le financement du secteur de la santé au Cameroun.

Références bibliographiques

- Barney J.B. (1995). "Looking for Inside Competitive Advantage". *Academy of Management Executive*, 4, 49-61.
- Bchini B. (2005). « Vers une méthode pour la mesure de la performance d'une alliance ». *Revue des Sciences de Gestion*, (213) : 93-103.
- Berland N. (2014). *Le contrôle de gestion: Que sais-je?* Presses Universitaire de France, 128 p.
- Champagne F., Contandriopoulos A.P., Picot-Touche J., Béland F., Nguyen H. (2004). « Un Cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Le Modèle EGIPSS ». Rapport technique, Conseil de la santé et du bien-être. Québec, 28 p.
- Correia L.F., Amaral H.F., Louvet P. (2009). "Un indice de gouvernance pour les entreprises au Brésil ». Communication présentée au 5ème colloque de l'IFBAE, Grenoble, France.
- De Bettignes H.C., Bennis W.G., Guerrin C. (1975). *Le développement des organisations : sa pratique, ses perspectives et ses problèmes*, Dalloz, p.1000.
- Djoutsa Wamba L., Braune E., Hikkerova L. (2018). Does shareholder-oriented corporate governance reduce firm risk? Evidence from listed European companies. *Journal of Applied Accounting Research*, 19 (2): 295-311.
- Donabedian A. (1966). « Evaluating the Quality of Care ». *Milbank Memorial Foundation Quality*, 49 (2): 67-69. Part 2.
- Freeman R.E. (1984). « Strategic Management: A Stakeholders Approach ». Pitman, Boston
- Germain C., Trébuçq S. (2004). « La performance globale de l'entreprise et son pilotage : quelques réflexions ». *Semaine Sociale Lamy*, (1186):35-41.
- Gilbert P., Charpentier M. (2005). *Comment évaluer la performance RH ?* Question universelle, réponses contingentes.
- Grant R.M. (1991). « The Resource-based Theory of Competitive Advantage: Implication for Strategy, reformulation ». *California Management Review*, spring 114- 135.
- Guisset A.L., Sicotte C., Leclercq P., d'Hoore W. (2002). « Définition de la Performance Hospitalière : Une Enquête Auprès des Acteurs Internes Stratégiques au Sein des Hôpitaux », 20 (2) : 65- 104.
- Jacques, J. (2013). *Indicateurs de performance clinique hospitalière Etudes empiriques basées sur les données médico-administratives belges*. Thèse de Doctorat en sciences de la santé Publique, Université de Liège.
- Kaplan R., Norton D., (2003). *Le tableau de bord prospectif*. Les Editions d'Organisation.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1992). « Using the balanced scorecard as a strategy management System ». *Harvard Business Review*, 75-85.
- Ketchen D.J., Thomas J.B., Mc Daniel R.R. (1996). "Process, Content and Context Synergetic Effects on Organizational Performance". *Journal of Management* 22 (2): 221-257.
- Le Pogam M.A., Luangsay-Catelin C., Notebaert J.F. (2009). « La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent ». *Management & Avenir* 5 (25) : 116-134.
- Louart P. (1996). « *Enjeux Et Mesures D'une Grh Performante*, In Fericelli, A.-M Et Sire, B. (Dir.) ». *Performances et ressources humaines*, Paris : Economica, 1-15.
- Medimagh Mekki (2009). Evaluation de la performance hospitalière, une étude de transférabilité du modèle EGIPSS dans les hôpitaux publics tunisiens. Mémoire de Master en Développement, Université de Senghor.
- Modell S. (2004). « Performance measurement myths in the public sector: a research note ». *Financial Accountability & Management*, 20(1) :39-55.
- Moungou Mbenda, S.P., Niyonsaba Sebigunda, E. (2015). « Efficacité des mécanismes de gouvernance des PME: une évaluation empirique en contexte camerounais ». *Revue internationale PME*, 28 (1): 57-85.

- Ndjepel J., Ngangue P., Mballa Elanga E.VII. (2014), « promotion de la santé au Cameroun : état des lieux et perspectives ». *Santé Publique*, 26 (1) :s35-s38.
- Nga Nkouma Tsanga, R.C., (2020). «Effets de la corruption en milieu hospitalier camerounais sur la performance hospitalière». *Revue "Repères et Perspectives Economiques"*, 4 (2) : 244-264.
- Organisation Mondiale de la Santé (2004), Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant, Genève, Suisse.
- Parson T. (1951). *The Social System*, New York, The Free Press, p 75.
- Price J.L. (1977). "The Study of Organizational Effectiveness". *The Sociological Quarterly*, 13, 3-15.
- Quinn R.E., Rohrbaugh J., (1983). « A spatial Model of Effectiveness Criteria ». *Management Science*, 29(3):363-377.
- Raad G. (2004). Quels liens entre la gestion des ressources humaines et la performance organisationnelle ? Le cas de l'actionnariat salarié.
- Rapport principal de l'institut National et de la Statistique (2006), Enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun, Février.
- Rapport principal de l'Institut national et de la Statistique (2010), 2ème enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun (PETS 2), Décembre.
- Schieber G.J., Poullier J.P., Greenwald L.M. (1994). « Health system performance in OECD countries 1980-1992 ». *Health Affairs*, Fall, 100-12.
- Shortell S.M., Zimmerman J.E., Rousseau D.M., Gillies R.R., Wagner D.P., Draper E.A., Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos A.P. (1998). « La performance organisationnelle des organismes publics de santé ». *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 6 (1):34-46.
- Stordeur S., Vandenberghe C., D'Hoore W. (2000). « Influence du leadership de l'infirmière chef et du climat de coopération infirmières/médecins sur la satisfaction de l'équipe, son efficacité et sur la satisfaction des patients ». Congrès de l'Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé, Porto.
- Zenjari A., Mohamed S., Omer E.A. (2016). « La performance hospitalière : quelle représentation par les acteurs internes ? Cas des hôpitaux publics de la région marrakech ». *Revue D'Etudes en Management et Finance d'Organisation* (4) :1-22.
- Znati M. (2017). « Perspectives de mesure de la performance de la gouvernance ». *Revue du Contrôle de la Comptabilité et de l'Audit* 1 (3) : 250-264.