



GESTION AXEE SUR LES RESULTATS ET OPTIMISATION DE PERFORMANCES DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES : CAS DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE POINT G, MALI

Dr. Sidi Mamadou DIALLO¹; Dr. Boubacar Sekou KEITA², Dr. Tiowga SAKHO³, Dr. Djirbil DANFAGA

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de Bamako

Abstract: l'objectif de ce papier est d'analyser l'impact de la gestion axée sur le résultat, pour cela, nous avons adopté le positionnement pragmatique, cela nous a permis d'opter l'approche mixte. Nous avons utilisé des outils de collectes des données comme: guide d'entretiens, questionnaires, revues documentaires. Les résultats sont les suivants: la gestion hospitalière en pratique dans ce centre de référence ne se focalise pas sur toutes les dimensions de la gestion. Son mode de gestion actuelle est centralisé sur l'insuffisance des ressources humaines qualifiées dans les CHU, le manque d'outils informatiques pour la gestion de stocks de consommables et équipements, l'absence de budget propre dans les CHU sont des critères sur lesquels les enquêtés ont été évalués. La perception de ces derniers sur la gestion hospitalière est globalement mauvaise.

Keywords: GAR; Optimisation de Performances 2; CHUP-G

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.17356957>

1 Introduction

La gestion des établissements hospitaliers constitue une problématique majeure à l'échelle mondiale. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), trouve que les systèmes de santé sont soumis à une pression croissante en raison de la forte demande en soins de qualité par les populations et de la nécessité d'une allocation efficace des ressources (World Health Organization, 2021). La gestion hospitalière doit connaître des mutations ou des réformes pour répondre aux exigences pratiques et satisfaire les attentes des clients. Pour (Berman et Bitrán, 2011), la gestion hospitalière devrait évoluer vers des approches plus rigoureuses et fondées sur des résultats mesurables, intégrant la gestion axée sur les résultats (GAR) comme outil d'optimisation de la performance des établissements hospitaliers.

Dans un contexte de globalisation sanitaire, les institutions hospitalières adoptent des stratégies managériales basées sur la performance pour assurer un meilleur accès aux soins et une gestion efficiente des ressources (Fried & Fottler, 2018). Selon un rapport de la WHO, plusieurs pays ont réformé leur système de gestion hospitalière en intégrant des outils modernes de suivi et d'évaluation des performances afin d'améliorer la qualité des services (WHO ; 2022).

Au Canada, la récession économique du début des années 2000 et la pression fiscale ont poussé le gouvernement à opter pour une réforme dans l'administration publique. Les réformes ont porté des critiques sur les formes bureaucratiques traditionnelles jugées de peu flexibles, enclins aux intérêts des producteurs et des bureaucrates. D'ambitieux programmes de réformes de gestion du secteur public ont été entreprises. L'un des objectifs desdites réformes était de trouver les moyens appropriés pour améliorer la performance des services publics. Il a donné lieu à un slogan qui véhiculait un message considéré comme un véritable leitmotiv pour les interventions publiques : « faire toujours mieux en utilisant moins de ressources et surtout en agissant différemment » (Carl Ardy DUBOIS 2003).

Certains aspects de la réforme en santé au Canada ont été abordés par les travaux d'autres auteurs. Lambert Farand s'est intéressé à l'organisation des services de santé primaires, à la performance des organisations de santé, à l'organisation des services de santé mentale et des services d'urgence, ainsi qu'au traitement de l'information clinique et administrative (Lambert Farand 2021).

Gregory P. Marchildon, et ses co-auteurs, ont mis l'accent sur la gouvernance du système de santé canadien, qui examine les structures de gouvernance et les défis liés à la gestion des services de santé au Canada (Gregory P. Marchildon, Tom McIntosh et Pierre-Gerlier Forest, 2015).

La France n'est pas restée en marge des réformes du management du système de santé. Elles ont donné un nouveau cadre à la régulation du système hospitalier portant à la fois sur les procédures d'évaluation, qu'il s'agisse de la satisfaction des usagers ou de la qualité et de la sécurité des soins.

Béatrice Fermon et Philippe Grandjean, dans un ouvrage avait abordé les différentes dimensions de la performance dans le secteur de la santé, en mettant l'accent sur les outils de pilotage et les démarches innovantes pour améliorer l'efficacité des établissements de santé (FERMON, B. et GRANJEAN P. 2015).

Yvon Merlère et René Kieffer, dans un ouvrage ; présentent les principes généraux du contrôle de gestion hospitalier, détaillant les outils adaptés aux exigences de la gestion financière des hôpitaux et leur application pratique (Merlère, Y. et Kieffer, R. 1997).

Ces différents auteurs, à travers les écrits proposent un état des lieux et des perspectives sur les innovations et les pratiques de management dans les structures de santé françaises, visant à améliorer la performance des soins pour les patients.

En Belgique, l'organisation du secteur de la santé, est survenue au lendemain des crises dans le domaine. Elles ont induit des changements de pratiques et de référentiels pour répondre aux besoins des populations. Julien Husson analyse les évolutions du management hospitalier post-crise, en se concentrant sur les changements de pratiques et de référentiels pour améliorer la performance des établissements de santé (Husson, J. 2020).

Didier Van Caillie, professeur à la Haute Ecole de Commerce de Liège, quant à lui, explore l'évolution des systèmes de contrôle de gestion dans les hôpitaux belges. Son étude met en lumière comment ces systèmes contribuent à l'efficacité organisationnelle et à l'amélioration continue de la performance hospitalière (ROUHANA, R. ; CAILLIE, D.V. 2008).

Ann-Lise Guisset et ses co-auteurs ont mené une enquête approfondie auprès des leaders hospitaliers belges pour comprendre leur conception de la performance hospitalière. Cette étude souligne la nature multidimensionnelle de la performance et les divergences de perceptions parmi les différents groupes professionnels (GUISSET, A-L.; SICOTTE, C. ; 2002).

Ces ouvrages et études offrent des perspectives variées sur les stratégies de gestion visant à optimiser la performance des services hospitaliers.

À cet effet, la gestion axée sur les résultats apparaît comme une approche structurante permettant aux structures de santé de renforcer leur efficacité et d'accroître leur impact sanitaire (Kotler & Keller, 2016).

En Afrique, la problématique de la performance hospitalière est exacerbée par des contraintes structurelles et financières. Le sous-financement chronique des systèmes de santé, le déficit en ressources humaines qualifiées et l'inefficacité organisationnelle limitent l'efficacité des hôpitaux publics (Ebrahim & Rangan, 2014). Néanmoins, l'adoption de la GAR dans certains pays africains a montré des résultats probants en matière d'amélioration des indicateurs de santé et de rationalisation des coûts hospitaliers (Kimaro & Sahay, 2017). L'intégration de cette approche dans la gestion des cliniques universitaires pourrait ainsi constituer une réponse adaptée aux défis actuels.

Au Maroc, Amine Zenjari dans son ouvrage intitulé : Gestion et performance des systèmes hospitaliers : regards croisés, explore la perception de la performance par les acteurs internes des hôpitaux publics marocains. Il met en évidence l'importance d'une vision partagée pour améliorer la performance hospitalière (Zenjari, A. ; Sabar, M. 2020)

En Tunisie, les travaux de Wadji Ben Rejeb sur la gouvernance et performance dans les établissements de soins en Tunisie, analyse les modèles multidimensionnels d'évaluation de la performance hospitalière, en s'appuyant notamment sur la théorie du système social de Parsons. (Rejeb, W., B.2003)

Au Cameroun, Charlotte Mouto Nsia, évoque la problématique de la performance dans ses travaux. L'auteur examine comment le contrôle de gestion peut améliorer la performance des hôpitaux publics camerounais, en mettant l'accent sur des outils tels que les budgets et les tableaux de bord (Nsia, C., M. 2011).

Le Mali, à l'instar d'autres pays en développement, est confronté à des défis majeurs dans la gestion de ses infrastructures hospitalières. Le secteur de la santé y souffre d'une gouvernance parfois inefficace, d'un accès inégal aux services et d'une performance hospitalière souvent en deçà des attentes (Houngbo et al., 2019). La réforme du système hospitalier maliens, amorcée ces dernières années, met en avant la nécessité d'une gestion plus performante et axée sur des objectifs mesurables afin d'améliorer la prise en charge des patients (Ministère de la Santé du Mali, 2021).

Ainsi, cette étude vise à analyser la gestion des cliniques universitaires sous l'angle de la performance hospitalière et de proposer des stratégies d'optimisation basées sur la GAR. L'objectif est de démontrer en quoi cette approche peut contribuer à la modernisation et à l'efficacité des services de santé dans un contexte hospitalier universitaire.

Questions de recherche: La gestion axée sur les résultats impacte-t-elle l'optimisation de la performance des cliniques universitaires du Centre Hospitalier Universitaire de Point G ?

Objectif général: Analyser l'impact de la gestion axée sur les résultats sur la performance des cliniques universitaires du CHUP-G de Bamako.

2 Cadre conceptuel

Un cadre conceptuel dans une étude, sert à clarifier les concepts aux considérations desquels ils sont entendus. Dans cette étape, la conceptualisation va au-delà des simples définitions de concepts sur lesquels s'articule l'étude. Elle constitue une abstraction qui, au fil d'étude, permet au chercheur de réaliser un atterrissage empirique ou idéal type. (R. QUIVY et L. V.

Campenhoudt, Manuel de recherche scientifique en sciences sociales, Paris, Dunod, 2006 p.20). Selon Kaplan et Norton, la GAR constitue un cadre conceptuel pertinent pour améliorer la performance hospitalière en intégrant des objectifs clairs, des indicateurs de suivi et un mécanisme d'évaluation continue (Kaplan & Norton, 1996).

La gestion des Cliniques Universitaires et l'optimisation de leurs performances par la gestion axée sur les résultats s'appuient sur plusieurs modèles théoriques pertinents, issus des sciences de gestion et des réformes de la Nouvelle Gestion Publique. On distingue :

- ☛ La théorie de l'agence (Jensen & Meckling, 1976) pour analyser la relation entre les gestionnaires hospitaliers et les autorités sanitaires ;
- ☛ Le cadre du Balanced Scorecard (Kaplan & Norton, 1992) pour structurer l'évaluation des performances ;
- ☛ La théorie des capacités dynamiques (Teece, Pisano & Shuen, 1997) pour comprendre l'adaptabilité organisationnelle face aux défis hospitaliers.
- ☛ Post New Public Management (NPM)

Approche centrale pour la gestion axée sur les résultats, ce modèle combine rigueur managériale et responsabilisation des acteurs. Il prône :

- **L'efficience** via la budgétisation par objectifs ;
- **La décentralisation** des décisions pour renforcer l'autonomie des CHU ;
- **L'évaluation systématique** des indicateurs cliniques et financiers

Ce cadre est particulièrement adapté pour aligner les missions académiques, sanitaires et économiques des CHU.

☛ Théorie Principal-Agent

Ce modèle analyse les relations entre les administrateurs et les professionnels :

Tableau I : Synthèse des relations entre les Administrateurs et les Professionnels

Acteurs	Rôle	Enjeu pour les CHU
Administrateurs	Fixation des objectifs stratégiques	Alignement des incitations
Professionnels	Mise en œuvre opérationnelle	Réduction des asymétries d'information

Il offre des outils pour optimiser les contrats de performance et les mécanismes de gouvernance.

Modèles multidimensionnels de performance

Ils comportent deux cadres complémentaires :

- **Modèle PATH-EUROPE**

Évalue quatre piliers :

1. efficacité clinique ;
2. efficacité opérationnelle ;
3. satisfaction du personnel ;
4. gouvernance institutionnelle.

- **Modèle de Donabedian**

Structure la performance autour de :

- ✓ **structure** (ressources, équipements) ;
- ✓ **processus** (protocoles, coordination) ;
- ✓ **résultats** (santé des patients, coûts).

Théorie de la bureaucratie professionnelle

Cadre organisationnel où :

- les médecins universitaires pilotent les décisions cliniques ;
- les gestionnaires fournissent les ressources et cadres méthodologiques.

Ce modèle préserve l'autonomie professionnelle tout en intégrant des objectifs de performance.

Gestion axée sur les résultats (GAR)

Système intégrateur articulé autour de :

- planification stratégique (objectifs SMART) ;
- tableaux de bord équilibrés (Kaplan & Norton)
- boucles de feedback pour l'apprentissage organisationnel

Ce modèle permet de concilier missions de soins, d'enseignement et de recherche dans les CHU.

Synthèse opérationnelle

Pour notre mémoire, une combinaison du **Post-NPM** (cadre global), de la **GAR** (méthodologie) et du **modèle PATH** (évaluation multidimensionnelle) offrirait une grille d'analyse robuste. L'intégration de la théorie Principal-Agent permettrait d'étudier les dynamiques de pouvoir, tandis que la bureaucratie professionnelle éclairerait les spécificités du milieu académico-clinique.

Dans le cadre de notre étude, nous nous référons aux modèles théoriques de la GAR. Ce dernier s'appuie sur trois approches fondamentales à savoir:

Facteurs de gestion hospitalière

- ✓ Gouvernance et leadership hospitaliers ;
- ✓ Allocation et gestion des ressources humaines ;
- ✓ Gestion budgétaire et financement hospitalier ;
- ✓ Intégration des outils de gestion axée sur les résultats.

Processus de mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats

- ✓ Définition des objectifs de performance ;
- ✓ Mise en place d'indicateurs de suivi et d'évaluation ;
- ✓ Renforcement de la responsabilisation des acteurs hospitaliers ;
- ✓ Ajustement et innovation organisationnelle.

Amélioration continue

- ✓ Amélioration de la qualité des soins (Donabedian, 1988) ;
- ✓ Efficience des services hospitaliers (réduction des coûts et délais d'attente) ;
- ✓ Satisfaction des patients et des professionnels de santé ;
- ✓ Pérennité et attractivité du CHUP-G en tant que centre de référence.

3. Revue de la littérature.

Tableau 2: synthèses des théories des auteurs

✓ Théories	Principaux auteurs	Contribution au modèle
Théorie de l'agence	Jensen & Meckling (1976)	Explication des relations entre gestionnaires hospitaliers et autorités sanitaires, avec un accent sur la transparence et la reddition des comptes.
Balanced Scorecard (Tableau de bord prospectif)	Kaplan & Norton (1992)	Cadre d'évaluation des performances basé sur des indicateurs financiers et non financiers pour une gestion efficace des hôpitaux.
Théorie des capacités dynamiques	Teece, Pisano & Shuen (1997)	Explication de la capacité des hôpitaux à s'adapter et à innover face aux défis organisationnels.

Source : conception de l'auteur

Nous aborderons respectivement : la Clinique Universitaire, la gestion des cliniques universitaires, l'optimisation des performances, la gestion axée sur les résultats.

Clinique Universitaire : c'est l'entité opérationnelle d'un centre hospitalier universitaire faite d'unités technique, offrant des services spécialisés. Elle a trois missions essentielles que sont : la clinique, l'enseignement et la recherche.

Gestion de cliniques universitaire

Dans le contexte hospitalier contemporain, marqué par une complexité croissante des missions de soins, d'enseignement et de recherche, la notion de gestion de clinique universitaire revêt une importance stratégique majeure. Il ne s'agit pas seulement de l'administration d'une structure de soins intégrée dans un hôpital universitaire, mais d'une approche systémique et multidimensionnelle qui vise à articuler efficacement les missions cliniques, pédagogiques et scientifiques dans une logique de performance et de qualité.

La clinique universitaire constitue, en effet, une unité fonctionnelle hospitalo-universitaire à forte densité d'activités, où interagissent divers acteurs, praticiens, enseignants-chercheurs, étudiants, personnels paramédicaux, autour d'objectifs communs de soins de qualité, de formation pratique et de production de connaissances médicales. Selon K. Mbarek et al. (2018), la gestion des cliniques universitaires suppose une gouvernance à la fois centralisée et décentralisée, fondée sur des mécanismes de pilotage performants, une allocation optimale des ressources, et une coordination efficiente des missions universitaires et hospitalières.

Ainsi définie, la gestion de clinique universitaire se distingue par son caractère hybride. D'une part, elle mobilise les outils classiques de la gestion hospitalière : planification des ressources humaines et matérielles, suivi budgétaire, organisation des soins, contrôle de qualité, etc. D'autre part, elle intègre des dimensions propres à l'environnement académique, notamment la planification des enseignements pratiques, l'encadrement pédagogique des étudiants, et la coordination des activités de recherche. Cette double exigence nécessite une gouvernance spécifique, fondée sur une culture managériale participative et un leadership transformationnel (Traoré & Coulibaly, 2019).

En ce sens, la gestion des cliniques universitaires requiert une articulation étroite entre les impératifs de santé publique et les exigences de performance universitaire. Comme le souligne Bourret (2015), la réussite de cette gestion dépend largement de la qualité de l'intégration entre les logiques hospitalières (orientées vers l'efficacité des soins) et les logiques académiques (orientées vers l'excellence pédagogique et scientifique). Cette dynamique intégrative impose un management transversal*, fondé sur la concertation entre les services cliniques, les facultés de médecine et les directions hospitalières.

De surcroît, la gestion de clinique universitaire ne saurait se limiter à des considérations structurelles ou organisationnelles. Elle doit également être envisagée sous l'angle de la **gouvernance clinique**, entendue comme la capacité à garantir la qualité et la sécurité des soins, tout en favorisant l'innovation pédagogique et la recherche appliquée. Pour Mbaye et Diallo (2020), cette gouvernance repose sur trois piliers : la responsabilisation des chefs de service, l'évaluation continue des performances, et l'implication active des usagers et étudiants dans les processus de décision.

La gouvernance hospitalière désigne l'ensemble des règles, des pratiques et des dispositifs institutionnels permettant d'assurer une conduite stratégique, une reddition de comptes et une participation des acteurs au fonctionnement des établissements de santé (Bousquet & Picard, 2017). Elle s'appuie sur des valeurs fondamentales telles que la transparence, la participation,

l'équité, l'efficacité et la redevabilité. Selon Fall et Diawara (2020), une bonne gouvernance hospitalière suppose une capacité à concilier les impératifs cliniques, administratifs, budgétaires et éthiques dans un cadre cohérent et orienté vers la performance.



4. Méthodologie de recherche

Le paradigme post-positiviste est le plus adapté à notre étude :

- il permettra d'analyser les relations entre la gestion et l'optimisation des performances au sein des cliniques universitaires du CHUP-G de Bamako ;
- nous exploiterons les données objectives (statistiques, indicateurs de performances, registres) ;
- aussi, prendrons-nous en compte les perceptions subjectives (ressenti du personnel soignant sur la mise en œuvre de la GAR).

Cette étude adopte une approche post-positiviste car elle cherche à établir une relation entre la la GAR et l'optimisation des performances en combinant des analyses quantitatives (description du mode de gestion actuelle des cliniques) et qualitatives (perception chefs de cliniques sur la GAR). Cette approche permet d'obtenir une compréhension plus complète du phénomène étudié.

Ce travail ne saurait être dénué d'un sens pragmatique : entre utilité, contextualisation et transformation. Le pragmatique, dans la mesure où elle privilégie une logique d'action orientée vers la résolution de problèmes concrets. Dans une perspective pragmatiste contemporaine, Morgan (2015) souligne que la valeur d'une théorie ou d'un modèle se mesure à sa capacité à répondre aux besoins des acteurs et à produire des effets dans la réalité observée. En effet, notre étude ne cherche pas à théoriser de manière abstraite la performance hospitalière, mais plutôt à comprendre comment la GAR peut être mobilisée de façon stratégique pour transformer les pratiques de gestion au sein d'un établissement hospitalier universitaire maliens.

En outre, le pragmatisme permet de dépasser les oppositions classiques entre paradigmes qualitatifs et quantitatifs, en autorisant une combinaison méthodologique guidée par la nature des questions de recherche (Creswell & Plano Clark, 2018). Ce choix s'avère pertinent pour analyser les dispositifs de performance dans leur double dimension : technique (indicateurs, résultats mesurables) et sociale (appropriation, légitimation, impacts perçus).

En définitive, le positionnement épistémologique de ce travail de recherche s'articule autour de l'interprétativisme, du constructivisme-réalisme critique, du post-positivisme, le tout auréolé d'un pragmatisme. Il repose sur l'idée que la gestion hospitalière est à la fois une réalité objectivable et une construction sociale traversée par des logiques d'acteurs. Ce choix permet d'appréhender avec rigueur et finesse les enjeux liés à l'introduction et à l'appropriation de la GAR dans une structure hospitalière universitaire béninoise. Ce cadre épistémologique pluriel et cohérent offre ainsi un fondement solide pour construire une recherche à la fois rigoureuse, contextualisée et utile pour les décideurs publics.

5. Présentation des résultats

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des interviewés

Pôle	Fréquence absolue N=309		Fréquence relative %
Pôle medical	95		30,74
Pôle chirurgical	70		22,65
Pôle mère-enfant	86		27,83
Pôle exploration	58		18,77
Pôle hygiène et sécurité	19		6,15
Total	309		100
Sexe			
Féminin	158	51,10	[45,58-56,66]
Masculin	151	48,90	[43,34-54,42]
Total	309	100	
Catégories socioprofessionnelles			
Aide-soignant	67		21,70
Praticien hospitalier	31		10
Infirmier	103		33
Sage-femme	18		6
Infirmier spécialisé	53		17

Kinésithérapeute	10	3,30
Technicien/Ingénieur de laboratoire	11	4
Technicien/Ingénieur Imagerie médicale	16	5
Total	309	100

***Sources : analyse des données collectées.**

➤ **Ancienneté au Poste**

La moyenne des anciennetés des enquêtés est 9,39 ans avec une médiane de 9 ans d'ancienneté. L'ancienneté la plus fréquente est de 12 ans. L'étendue des anciennetés est 24 allant de 2 ans à 26ans.

- Gestion hospitalière des cliniques universitaires
- Gouvernance et Leadership hospitalière

➤ **Mode de gestion actuelle des cliniques universitaires**

La majorité du personnel trouve que la gestion actuelle des CU est centralisée, 253 participants soit 81,90% IC [77,20-85,77]. Une minorité trouve que cette gestion est partagée entre plusieurs entités, 18 enquêtés soit 5,80% IC [3,72-9,02] et décentralisée, 9,40% IC [9,09-16,43].

Tableau 3 : Répartition des participants selon le mode de gestion actuelle des CU.

	Fréquence absolue N=309	Fréquence relative %	IC 95%
Gestion partagée entre plusieurs entités	18	5,8	[3,72-9,02]
Gestion centralisée	253	81,9	[77,20-85,77]
Gestion décentralisée	38	12,3	[9,09-16,43]
Total	309	100	

***Sources : analyse des données collectées.**

➤ **Autonomie des chefs de cliniques universitaires**

La majorité des participants, 224 personnes soit 72,50% IC [67,26-77,17] trouvent que les chefs de clinique universitaire n'ont pas une autonomie de prise de décisions stratégiques, contre 85 participants soit 27,5 IC [22,83-32,74] qui leur reconnaissent une autonomie.

Tableau 4 : Répartition des participant selon l'appréciation de l'autonomie des chefs de clinique universitaire

	Fréquence N=309	absolue	Fréquence relative %	IC95%
Non	224		72,50	[67,26-77,17]
Oui	85		27,50	[22,83-32,74]
Total	309		100	

***Sources :** analyse des données collectées.

➤ **Assistance du chef de clinique**

La majorité des participants, 253 soit 81,90% IC [77,20-85,77] ont reconnu l'assistance de la hiérarchie dans l'exécution des tâches à eux assignées. Seulement 56 enquêtés soit 18,10% n'ont pas reconnu cette assistance.

Tableau 5 : Répartition des participants selon l'assistance de la hiérarchie

	Fréquence N=309	absolue	Fréquence relative %	IC95%
Non	56		18,10	[14,23-22,80]
Oui	253		81,90	[77,20-85,77]
Total	309		100	

***Sources :** analyse des données collectées.

➤ **Reconnaissance des efforts**

La majorité des enquêtés 255, soit 82,50% IC [77,90-86,35] admettent n'avoir pas eu de reconnaissance ni de récompense des efforts de responsabilité ou des résultats. Seulement 54 enquêtés, soit 17,50% témoigné d'une reconnaissance desdits efforts de la part de la hiérarchie.

Tableau 6 : Répartition des participants selon la reconnaissance des efforts de responsabilité.

	Fréquence N=309	absolue	Fréquence relative %	IC 95%
Non	255		82,50	[77,90-86,35]
Oui	54		17,50	[13,65-22,10]
Total	309		100	

***Sources :** analyse des données collectées.

 Allocation et gestion des ressources ;

➤ Disponibilité de ressources humaines

La majorité des enquêtés, 240 soit 77,70% IC [72,70-81,96] ont déclaré une insuffisance de ressources humaines dans les CU. Toutefois, 69 enquêtés soit 22,30% [18,04-27,30] ont reconnu la disponibilité à suffisance de ressources humaines dans les CU.

Tableau 6 : Répartition des enquêtés selon la disponibilité de ressources humaines

	Fréquence N=309	absolue %	Fréquence relative IC95%
Non	240	77,70	[72,70-81,96]
Oui	69	22,30	[18,04-27,30]
Total	309	100	

****Sources : analyse des données collectées.***

➤ Gestion de stock

La majorité des enquêtés 288 soit 93,20% IC [89,83-95,51] trouve que la gestion du stock est manuelle avec un suivi papier. 15 autres enquêtés soit 4,90% IC [2,96-7,85] trouvent qu'il n'existe aucun de système précis de gestion de stock.

 Gestions budgétaire et financière hospitalière

➤ Disponibilité de budget propre aux CU

La quasi-totalité des enquêtés, 307 soit 99,40% ont reconnu qu'aucune CU ne dispose ni ne gère un budget propre.

Tableau 7 : Répartition des enquêtés selon la disponibilité du budget propre aux CU.

	Fréquence N=309	absolue %	Fréquence relative IC 95%
Non	307	99,40	[97,67-99,82]
Oui	2	0,60	[0,18-2,33]
Total	309	100	

****Sources : analyse des données collectées.***

 Intégration des outils de la GAR

Un seul CU a affiché les indicateurs de performance, les 15 autres ne l'ont pas fait.

Seulement un CU a un tableau de bord et un rapport d'évaluation des indicateurs. La majorité des CU 93,80% n'utilisent pas les outils de la GAR.

Tableau 7 : Répartition des CU selon l'affichage des indicateurs de performance

		Fréquence N=16	absolue Fréquence %	relative
Affichage des indicateurs de performance	Non	15	93,80	
	Oui	1	6,30	
	Total	16	100	
Observation des outils de la GAR	Aucun élément	15	93,80	
	Tableau de bord	1	6,30	
	Rapport d'évaluation			
	Total	16	100	

***Sources :** analyse des données collectées.

- ✚ Mise en œuvre de la GAR
- Définition des objectifs de soins

La majorité des enquêtés 215, soit 69,60% [64,23-74,44] ont reçu des définitions d'objectifs de soins, contre 94 enquêtés, soit 30,40% [25,56-35,77] qui ne reconnaissent pas avoir reçu des objectifs de soins.

Tableau 8 : Répartition des enquêtés selon la définition des objectifs de soins

	Fréquence N=309	absolue	Fréquence relative %	IC 95%
Non	94		30,40	[25,56-35,77]
Oui	215		69,60	[64,23-74,44]
Total	309		100	

***Sources :** analyse des données collectées.

5.1. Synthèse de l'analyse qualitative

En sommes, les entretiens ont mis en évidence un décalage profond entre la conception stratégique de la gestion axée sur les résultats (GAR) et sa mise en œuvre effective au niveau

des cliniques universitaires. La méconnaissance des outils, le manque de temps et l'absence de formation spécialisée constituent des freins majeurs à l'appropriation des mécanismes de performance.

Par ailleurs, les propos recueillis dénoncent une verticalité excessive dans la gestion hospitalière, traduite par la centralisation des décisions et la faible autonomie laissée aux responsables de services. Cette structure organisationnelle semble peu propice à une gestion participative et à l'innovation managériale.

6. Conclusion

Notre étude a démontré relation entre la gestion axée sur les résultats (GAR) et l'optimisation de performance des cliniques universitaires au Centre Hospitalier Universitaire Point G de Bamako. Elle a cependant permis d'identifier les facteurs déterminants de l'optimisation au-delà de la gestion tradition desdites cliniques. Notre étude nous aussi permis de constater la gestion hospitalière en pratique dans ce centre de référence ne se focalise pas sur toutes les dimensions de la gestion. Son mode de gestion actuelle centralisé, l'insuffisance de ressources humaines qualifiées dans les CU, le manque d'outils informatiques pour la gestion de stocks de consommable et équipements, l'absence de budget propre dans les CU sont des critères sur lesquels les enquêtés ont été évalués. La perception de ces derniers sur la gestion hospitalière est globalement mauvaise. Nous avons aussi retrouvé que la mise en œuvre de la GAR à travers son processus de définition d'objectifs, la connaissance des indicateurs par les parties prenantes, l'alignement des objectifs des CU avec ceux du niveau stratégique, l'utilisation des données factuelles issues du suivi-évaluation, le renforcement de responsabilités les réajustements poste évaluation et les innovations sont autant de critères qui participent à améliorer les performances individuelles et collectives au sein de la formation sanitaire. Très peu de critères ont été mise en œuvre et la majorité est restée inapplicable. Ce qui n'a pas eu bon écho auprès des enquêtés. La mise en œuvre de la GAR a eu une mauvaise perception de la part des enquêtés. Toutefois, il est reconnu que la GAR a amélioré la qualité des soins, qu'une meilleure condition de travail a aussi amélioré les performances du personnel dans le contexte d'une amélioration continue.

Cette étude conclut que la mise en œuvre de la GAR a contribué à l'amélioration de la qualité de soins et l'efficacité de la gestion des stocks et par corolaire à optimiser la performance des CHU.

REFERENCES

- 1.
2. Adégbola et al. (2020). *Gestion hospitalière et performance au Bénin : Défis et perspectives*. Cotonou : Éditions Universitaires du Bénin.
3. Bouckaert, G., & Halligan, J. (2008). *Managing performance: International comparisons*. Routledge.
4. Bousquet, G., & Picard, P. (2017). *La gouvernance hospitalière : modèles, enjeux et perspectives*. Paris : Presses Universitaires de France.
5. Drucker, P. (1999). *Management challenges for the 21st century*. HarperBusiness.
6. Fried, B. J., & Fottler, M. D. (2018). *Fundamentals of Human Resources in Healthcare*. Chicago: Health Administration Press.
7. Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Harvard Business Press.
8. Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2004). *Strategy maps: Converting intangible assets into tangible outcomes*. Harvard Business Press.
9. Kotler, P., & Keller, K. L. (2016). *Marketing Management* (15th Edition). New York: Pearson.
10. Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research*. Prentice-Hall.
11. Mintzberg, H. (1997). *The structuring of organizations*. Pearson.
12. Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Harvard Business Press.