

**L'APPROCHE DE PRODUCTIVITE DU TRAVAIL DANS LA GESTION INTEGREE  
A L'HOPITAL BON BERGER DE TSHIKAJI A KANANGA-RDC  
« Nouvelles modalités de mesure de la production à partir du salarié »**

**THE WORK PRODUCTIVITY APPROACH IN INTEGRATED MANAGEMENT AT  
BON BERGER HOSPITAL OF TSHIKAJI IN KANANGA-DRC  
“New methods of measuring production based on the employee”**

**TSHIBUABUA SHAMBA Jean Calvin**

Chef de Travaux Institut Supérieur de Techniques Médicales de Kananga et Doctorant à la faculté de sciences économiques et de gestion à l'Université de Kinshasa/RDC

[tshicalv@gmail.com](mailto:tshicalv@gmail.com)

**KANGOLO LUNKAMBA John**

Docteur en Gestion et Administration des Affaires  
Ecole de Management et de Communication de Genève/ESM

[johnkangolo@yahoo.fr](mailto:johnkangolo@yahoo.fr)

**NSIMBA NKINKI Eddy**

Doctorant à la faculté de sciences économiques et de gestion à l'Université de Kinshasa/RDC

[enkinki@yahoo.fr](mailto:enkinki@yahoo.fr)

**NGOMA PHAMBU Tony**

Chef de Travaux et Doctorant à la faculté de sciences économiques et de gestion à l'Université de Kinshasa/RDC

[tony.phambu@gmail.com](mailto:tony.phambu@gmail.com)

**TSASA MPANZU Blaise**

Assistant l'UCC DON-AKAM et Doctorant à la faculté de sciences économiques et de gestion à l'Université de Kinshasa/RDC

[blaisetsasa@gmail.com](mailto:blaisetsasa@gmail.com)

**MBAMBIDI MAKAKU Aline**

Chef de Travaux ISC-IDIOFA et Doctorant à la faculté de sciences économiques et de gestion à l'Université de Kinshasa/RDC

**Date de soumission :** 10/09/2023

**Date d'acceptation :** 03/12/2023

**Pour citer cet article :**

TSHIBUABUA SHAMBA Jean Calvin & al. (2023) « l'approche de productivite du travail dans la Gestion Intégrée à l'hôpital Bon Berger de Tshikaji à Kananga-Rdc :\_Nouvelles modalités de mesure de la production à partir du salarié », Revue Internationale du chercheur «Volume 4 : Numéro 4» pp : 585-605

## Résumé

Cette étude vise le meilleur pilotage des structures fonctionnelles et transfonctionnelles dans une activité de soins de santé en démontrant comment il peut construire des nouvelles modalités de gestion basées sur l'évaluation de la productivité du salarié, afin de déterminer la part à allouer aux charges du personnel pour améliorer sa performance. D'où l'analyse de la gestion intégrée pour apprécier l'amélioration de l'objectif-résultat à l'Hôpital Bon Berger de Tshikaji de 2016 à 2018 où 150 agents ont travaillé pendant 419.328 heures en 2016 et 2017 et 419.904 heures en 2018, mais avec l'impayement persistant sans perspectives conjointes entre les parties prenantes.

**Mots clés :** Gestion intégrée, Productivité, Objectif-résultat

## Summary

This study aims to better management of functional and cross-functional structures in a healthcare activity by demonstrating how it can build new management methods based on the evaluation of the employee's productivity, in order to determine the share to be allocated to the costs of the staff to improve their performance. Hence the analysis of integrated management to assess the improvement of the objective-result at Bon Berger Hospital in Tshikaji from 2016 to 2018 where 150 agents worked for 419,328 hours in 2016 and 2017, and 419,904 hours in 2018, but with persistent non-payment without joint perspectives between stakeholders.

**Keywords:** Integrated Management, Productivity, Objective-Result.

## INTRODUCTION

Pour permettre une institution hospitalière d'atteindre son plein potentiel dans l'amélioration de ses résultats, il faut concocter certains mécanismes liés aux nouvelles modalités de prestation de soins, justifiées par la complexité des situations organisationnelles et l'incertitude de la nature de l'output hospitalier ; d'où la nécessité dans la gestion de respecter les dépenses de gestion, socles de la gestion intégrée qui rime l'efficacité et l'évaluation des prévisions.

Aidé par le budget, cette méthodologie reste la meilleure pour l'atteinte des objectifs fixés, car elle met en synergie des différentes activités administratives et professionnelles de l'établissement en impliquant nécessairement l'adhésion de toute l'organisation à la valorisation d'une culture de l'évaluation élargie à toutes les composantes de l'hôpital (CAD/OCDE, 2005, P.73).

Nous estimons que l'application de la méthode intégrée de gestion à l'Hôpital Bon Berger de Tshikaji peut améliorer l'objectif-résultat à partir de l'accroissement de la productivité.

Au niveau de pays, par exemple le Vietnam, l'expérience sur la gestion intégrée a montré que l'économie du pays a doublé, avec réduction du taux de pauvreté à moitié<sup>1</sup>. En Asie de l'Est, le PIB/habitant du Vietnam avait augmenté d'environ 6% par an en 2003 pour atteindre près de 7% en 2004. Grâce à la productivité de ses acteurs de développement, le taux d'épargne a été multiplié par six pour atteindre 25% du PIB. Alors que le taux de pauvreté dans ce pays était estimé à 58% en 2003 et 1993, suite aux principes de gestion par résultat, la pauvreté Vietnamienne est passée de 58% en 1993 à 37% en 1998, puis à 29% en 2002.

Notons qu'en RDC, à l'UNIKIN par exemple, où cette méthodologie n'est pas d'application, nous observons des failles, car la lenteur des enseignements est perceptible, à cause des facteurs non motivationnels infligés aux professeurs. Telle est la confirmation du syndicat des enseignants de l'UNIKIN (Radio okapi infos, consulté le 21/08/2019 à 10h45').

Les conséquences nocives de l'inapplicabilité de la gestion intégrée sont signalées aussi dans le nombre d'hôpitaux de la RDC où l'Hôpital Bon Berger de Tshikaji dans la province du Kasai Central n'est pas épargné. Par le fait qu'on observe le manque d'un budget réaliste pour la rémunération des agents, parfois à 13 mois suivant les plaintes et les informations recueillies des responsables hiérarchiques de l'hôpital, motif de certaines inconstances des agents depuis un temps (Listing de paie à l'hôpital Bon Berger de Tshikaji, consulté le 05/08/2020)

Au regard de ce qui précède, la présente étude a le mérite de démontrer comment l'hôpital peut construire des nouvelles modalités de gestion basée sur l'évaluation de la productivité afin de déterminer la part à allouer aux charges du personnel pour améliorer la performance financière de l'organisation aux fins d'atteindre un meilleur rendement.

C'est dans ce contexte que nous estimons que l'étude de la productivité globale du système hospitalier et celle de travail ainsi que l'horaire du travail sont des indicateurs à évaluer pour apprécier l'objectif-résultat de gestion.

Le choix de ce sujet s'inscrit dans le cadre de la sensibilisation des gestionnaires de façon à se construire des innovations basées sur un modèle de gestion adapté, pour éviter les impayements du personnel observé et décrits actuellement dans institutions tant publique que privées dont l'Hôpital Bon Berger de Tshikaji, preuve de la mauvaise planification et la piètre évaluation de prestation des agents.

Toute décision de gestion est fonction des circonstances et des réalités de l'environnement dans lequel on évalue, c'est ainsi que notre étude se limitera à l'Hôpital Bon Berger de Tshikaji/ Ville de Kananga-RDC.

Concernant la méthodologie appliquée, nous avons utilisé la méthode inducto-déductive basée sur l'analyse des données secondaires tirées des archives de l'hôpital, ce, en usant de l'approche fonctionnelle pour montrer l'apport de la productivité du travail dans l'ensemble d'autres facteurs de production, à partir du budget hospitalier.

L'observation documentaire et l'interview libre sont des techniques utilisées, qui nous ont permis de récolter les données et de les traiter pour cette étude dont les points prévus sont les suivants :

- Le cadre théorique de gestion intégrée ;
- L'évaluation de la productivité à l'Hôpital Bon Berger de Tshikaji.

## **1. LE CADRE THEORIQUE DE GESTION INTEGREE**

### **1.1 Théories de gestion**

#### **▪ Théorie de Drucker**

Peter DRUCKER a présenté le management comme un principe de direction, donnant cours à l'énergie et la responsabilité individuelle, en précisant que tout manager est responsable des résultats de son activité ; et donc, c'est à lui, et à lui seul de contrôler ce qu'il fait pour atteindre ses objectifs, étant donné qu'il est le seul à concevoir le projet de son institution. Il

précise qu'il est important de fixer des objectifs afin de mesurer la performance de chacun des contributeurs (MAURO SCASCIGHINI, 2006, P.10).

Pour cet auteur, gérer par objectifs, c'est fixer les objectifs, suivre leur réalisation et évaluer les résultats obtenus. Toutefois, ces phases ne s'enchaînent pas de façon systématique, rigoureuse et linéaire ; il convient plutôt de les envisager avec simultanités, des interactions et des ajustements réciproques, mais il insiste sur leur présence et leur récurrence à tous les niveaux de management. Il précise aussi que les objectifs ne tombent jamais du ciel, mais ils sont déclinés de la finalité et des missions de l'entreprise (Peter DRUCKER, 1954, P.15).

Cette théorie est aussi appelée gestion par résultat dont les fondements en gestion sont de deux aspects, notamment : la notion d'organisation systémique et la notion de la qualité pour améliorer les résultats (Alain Desreumaux, 2015).

#### ▪ **Théorie des besoins et Motivation**

Le théoricien Douglas (1960) a rejeté les techniques de management reposant sur la théorie classique. Selon lui, la théorie classique basée sur les modèles qui ne sont pas adaptés aux réalités de l'entreprise moderne, sur la non prise en compte de l'influence de l'environnement de la firme, ne suffit pas ; voilà pourquoi il proposa la théorie Y, la quelle suppose de laisser l'agent libre, justement parce qu'étant cadre, il accorde plus d'importance à son travail et n'a rien à lui reprocher. Et donc, l'organisation qui ne tient pas compte des motivations de ses agents est une mauvaise organisation.

Au détriment de la théorie X, laquelle démontre l'incapacité de l'agent moyen au travail et qui ne met que ses besoins en premier et du travail en deuxième position, la théorie Y permet aux travailleurs de se développer au travail, de réaliser pleinement leurs objectifs, grâce à la motivation, ce qui les aidera à s'auto-organiser beaucoup plus.

Confirmons avec Douglas que la théorie Y reste le style de gestion le mieux adapté à la nature humaine, car elle donne la possibilité à l'encadrement, à l'innovation, à la découverte des nouveaux moyens, à l'organisation et l'orientation de l'être humain.

Cette théorie contribue à l'efficacité de la méthode de GAR en ce sens qu'elle s'attèle sur l'intégration du personnel, telle qu'énoncée dans le principe de participation de Gestion Par Résultat, mais aussi l'amélioration des conditions de travail, qui est en soi la clef de voute pour la meilleure production.

▪ **Ecole classique :**

Pour FAYOL (2016, P.12), l'O.A.T vient supplanter l'O.S.T en ce sens qu'elle est, non seulement une science de travail, mais aussi et surtout d'organisation.

Cet auteur comprend que les activités administratives comme toutes les autres activités de l'entreprise (techniques, commerciales, financières, sécuritaires et comptables) augmentent au fur et à mesure qu'on s'élève dans la hiérarchie et qu'elle concerne particulièrement les hommes.

Le mal pour Fayol et Taylor c'est qu'ils font comme si l'environnement n'existait pas.

Il est clair qu'administrer selon Fayol, c'est suppléer l'avenir et le préparer, constituer l'organisme qu'est l'entreprise, donner des ordres, harmoniser les différentes ressources et contrôler ; allusion faite à l'acronyme PROCOCOCO.

Comment aider les travailleurs afin qu'ils fassent le meilleur d'eux-mêmes ? Est le point commun entre Fayol et DRUCKER ; car ce dernier est revenu là-dessus en matière de planification et de contrôle.

▪ **Théories des décisions ou styles du leadership**

Par l'autonomie décisionnelle lui reconnue, le top manager peut, à chaque phase de GPR, ordonner l'opérationnalisation des décisions prises.

De ce fait, il peut choisir, soit d'intégrer les groupes dans ses choix, ou soit de décider lui-même. Cela étant, le leader peut se voir catégoriser suite à son attitude au travail, voilà pourquoi, démontrons quelques théories en cette matière.

Pour Kikert, le commandement des hommes repose sur soit l'autocratie, le dictatorial ou soit le laisser-faire<sup>2</sup>. Il est impérieux que le recours à l'un des styles, n'est que circonstanciel ; cela veut dire que dépendant du cadre dans lequel on se retrouve. Toutefois, la démocratie reste le style le mieux placé.

Selon Black et Mouton, l'accent est mis sur le comportement de manager vis-à-vis du travail et des hommes. Leur conception est bien illustrée dans la grille ci-dessous ; avec les besoins de la firme dans les abscisses et ceux des hommes dans les ordonnées (Georges ROSTAN, 2006, P.20).

De ces contrastes, nous disons que la GAR de DRUCKER, étant l'une des théories de l'école néo-classique, avait, et continue d'avoir toujours besoin d'autres théories des différentes écoles pour sa solidification. C'est le cas par exemple de la conception de Fayol, qui insiste sur la prise

en charge des acteurs de production en recourant aux infinitifs. La conception de Douglas qui démontre l'intégration du groupe dans la conception et l'exécution du projet ; alors que les pensées de KIKERT et de BLACK-MOUTON, mettent en exergue l'attitude du manager vis-à-vis du travail et des hommes.

Il est vrai que DRUCKER précise qu'il est impérieux pour la direction, de recevoir les renseignements dont elle a besoin pour juger sa propre action et son rendement ; cela en temps voulu, afin d'apporter des motivations nécessaires pour obtenir les résultats attendus. Reste à savoir, avec quel comportement recueillera-t-il tous ces renseignements ?

Notons ces précisions de Black-Mouton ; les styles 9/1 est autocratique, car le manager commande tout de lui-même, 1/9 qui est paternaliste, 9/9 qui est démocratique, 5/5 qui est collégial, où les membres de l'équipe sont considérés comme de collègues ou des associés et enfin 1/1, comme nonchalant, qui est de laisser-faire (Robert BLACK et MOUTON, 1985, P.15).

## **1.2 Notions de gestion intégrée et productivité à l'hôpital**

Cette gestion vise le changement des paradigmes dans les processus de prestation des soins, dont on doit donner une bonne le rendement de travail de soins pour les patients. Puisqu'elle comprend les facteurs cliniques et ceux plus traditionnels de la gestion, cette approche de pilotage est un socle cimenté par des liens professionnels solides entre le personnel soignant, la direction et les managers.

Cette théorie en gestion met en évidence l'humanisme du travail à l'hôpital et a pour objectif la prise en compte des compétences diverses du personnel et la promotion des compétences humaines dans le travail en équipe.

### **▪ Utilisation de la gestion intégrée**

Pendant très longtemps, les chefs d'entreprises ont porté leur attention sur les intrants (dépenses), les activités (leurs intentions) et les extrants (production). Quand bien même l'information sur les intrants, les activités et les extrants est importante, elle ne permettait pas aux exécutants de savoir s'ils réalisaient de progrès ou non relativement aux enjeux qu'ils avaient identifiés ; ce qui limitait l'efficacité de leurs efforts.

Pour répondre à cette défaillance, il fallait une nouvelle méthode de gestion qui rehausserait les normes de rendement et définirait le succès en fonction des résultats réellement obtenus. Voilà pour quoi en 1960, Peter DRUCKER avait changé cette conception en émettant une théorie après la sortie de son ouvrage publié en 1964, portant sur « Managing for results » dans lequel



il adopta la gestion par résultat pour fixer les enjeux, non seulement aux activités et aux extrants, mais aussi et surtout aux résultats réels. Signalons que ce principe de gestion est resté éclipsé jusqu'à la fin des années 90 dans les pays de l'OCDE avec les pressions de plus en plus fortes pour les gouvernements, de démontrer l'usage efficace des ressources publiques (Peter DRUCKER, 1964).

Si les méthodes classiques de gestion définissaient les objectifs ou les résultats au stade de planification, une fois que s'amorçait la mise en œuvre, le suivi se limitait aux intrants, aux activités et aux extrants. Mais avec la GPR, on s'intéresse aux résultats, non seulement au stade de planification, mais encore plus, tout au long de la mise en œuvre (Affaires mondiales Canada, 2016, P.10).

De façon différentielle, la GPR est un outil de conception et de gestion basé sur la planification et s'appuyant à cet effet sur un ensemble d'objectifs, d'activités, d'extrants, des résultats et des mesures clairement définis. Elle permet en ceci, de prévoir et de gérer les risques et les hypothèses et garantit que le projet soit réaliste et durable dont les activités et les tâches tiennent compte des contraintes extérieures et des risques imprévisibles, et dont la durabilité des impacts est garantie (l'implémentation). Elle contribue à avoir une vision claire d'un projet et de savoir dans quelle mesure ces objectifs sont atteints (Etude GCP, 2007, P.3).

#### ▪ **Avantages de la GAR**

Dans le parcours du cycle de la GAR, les parties prenantes sont surement mentionnées. Cela étant, leur contribution dans l'amélioration de la qualité, l'efficacité et la durabilité du projet, permet d'accroître l'information sur la conception et la planification de ce dit projet. Les partenaires sont aussi motivés pour obtenir les résultats espérés, car ils ont participé à leur définition et se sont engagés dans le processus.

Grâce à l'analyse de l'information collectée, la GAR permet de faire coïncider le projet avec la réalité du terrain, ce qui permettra aussi d'identifier les risques et leur stratégie de gestion créée à cet effet (El HADJI FALL (PNUD/POLE), 2009, P.13).

Disons-le, la GAR justifie l'usage du budget et permet une meilleure compréhension de l'utilisation des données. Et donc, la compatibilité des résultats aux moyens alloués à cette fin.

#### ▪ **Notions de productivité hospitalière**

L'objectif économique qui sous-tend la tarification à l'activité, est d'atteindre les objectifs de développement des ressources mises à la disposition de l'hôpital. Il est important d'évaluer l'évolution de la performance de l'hôpital qui comprend les effets volume liés à l'amélioration



de l'efficacité technique (production) et les effets prix liés au changement de gammes d'activités, en fonction des incitations tarifaires ou des stratégies locales (ZEYNEP Or & al, 2013, Pp.16, 17).

Là où les bas blessent, c'est quand l'on ne valorise que les résultats en terme de l'amélioration de l'état de santé sans la notion traditionnelle d'intrants. A quelques exceptions près, les biens et les services produits dans ce secteur, les interventions diagnostiques ou chirurgicales, les MEG de toute sorte, les visites, les consultations, sont des « choses mauvaises » qui imposent les prestataires (Robert EVANS G. et al, 2009, P.13).

Dans la mesure où le secteur de la santé absorbe des ressources et produit des extrants ne nécessitant pas en une amélioration de l'état de santé, toute évaluation de la productivité qui inclut ses formes d'extrants, sera surestimée et extrêmement trompeuse. Faut-il alors s'intéresser aux extrants, plutôt qu'aux résultats ? Ceci soulève des questions épineuses dans ce domaine.

Hélas, la plupart des documents sur la productivité des RHS abordent la productivité définie en termes des extrants et non des résultats. La pensée confirmée par CHARPE et BRADLEY : « la façon actuelle de mesurer les extrants dans le secteur de la santé au Canada, repose largement sur l'utilisation du volume d'intrants dans le secteur comme variable de substitution au volume d'extrants (Idem, p.14).

Pour établir la productivité des ressources humaines en santé, on multiplie la valeur simple ou hybride d'extrants, par la mesure de l'intrant heures du personnel. La mesure de la production et des ressources hospitalières, reste la mieux placée pour évaluer la productivité en soins :

- Mesure de la productivité hospitalière (Outputs)
- Mesure des ressources hospitalières (Inputs).

Il est important de suivre le changement des volumes des ressources employées pour la production. Toutefois, pour mesurer les inputs hospitaliers de manière fiable et surtout à cause de la difficulté des données hospitalières, deux approches sont prises en compte (ZEYNEP Or et al, Op.cit., P.19) :

**a.** La première approche est liée aux dépenses hospitalières. Cependant, il est probable que l'évolution des dépenses hospitalières sur une période donnée ne soit pas suivie, mais ce qui est difficile est de les isoler du coût de séjour hospitalier, et cela correspond au champ de la T2A. Il est donc possible de calculer les écarts des dépenses, en utilisant les mesures des dépenses des ménages et des mutuels par rapport à celle de l'assurance maladie, selon les sources des données hospitalières. Généralement, les informations sur les recettes et les dépenses sont

condensées dans un outil de base, que, le budget ; notez que l'évolution des dépenses d'une année à une autre, dépend de l'évolution des prix et des quantités des ressources engagées.

**b.** La seconde approche est liée aux facteurs travail et capital, consiste à utiliser les mesures partielles relatives à la productivité du personnel et au rendement du capital.

Pour Or et RAYNAUD, le personnel hospitalier représente 60 à 70% des coûts d'un hôpital ; cette détermination des ressources se faisant par catégorisation du personnel et par secteur hospitalier (ZEYNEP Or, Thomas REYNAUD et al., 2007, P.8)

▪ **Mode de calcul de la productivité**

Le calcul de la productivité est très simple. On parle de (Jean FOURASTIE, 1952, P.20) :

Productivité de travail(PL) : c'est l'efficacité de la main d'œuvre qui est la notion la plus calculée. La PL se calcul de 3 manières :

$$\text{Productivité par tête (salarié) } PL = \frac{\text{productivité totale (pt)}}{\text{nombre de salariés (NS)}}$$

$$\text{Productivité horaire } PL = \frac{PT}{\text{nombre heures de travail}}$$

$$- \text{ Productivité apparente } PL = \frac{VA \text{ produite}}{NS} \text{ ou } \frac{VAP}{\text{Coût travail (ct)}}$$

Dans ce cas, le résultat est en valeur monétaire. Si chaque salarié produit X FC, chaque FC dépensé par salarié permettra d'obtenir Y FC de la VA.

▪ Productivité du capital(PK) : efficacité des machines utilisées  $PK = \frac{PT}{\text{Coût du capital}}$

▪ Productivité des consommations intermédiaires (PCI)  $PCI = \frac{VAP}{\text{Coût de CI}}$

▪ Productivité globale : efficacité du système de production  $PG = \frac{PT}{CT = CK + Cci}$

▪ Gains de productivité : taux de variation de productivité  $GP = \frac{P.\text{année } 2 - P.\text{année } 1}{P.\text{année } 1} \times 100$

▪ **Enjeux de la productivité**

Lorsque l'entreprise fait des gros gains de productivité l'année sur l'autre, elle diminue ses coûts comparés à sa production. Comment va-t-elle répartir le surplus créé ? Elle peut :

- Décider d'augmenter ses profits pour financer des nouveaux investissements et produire plus en créant les emplois ;
- Décider d'augmenter les salaires du personnel ;
- Décider de faire baisser ses prix à cause de la diminution de ses coûts.

En outre, si les gains de productivité sont faibles, il faut choisir l'action à mener. L'entreprise a tendance à privilégier la première option, c'est-à-dire augmenter ses profits en maintenant l'activité principale ; mais alors, sachant que la demande n'augmentera pas, l'entreprise se contentera de faire des investissements de la modernisation et licenciera alors le personnel. C'est le début en fait du cercle vicieux, car au chômage, le revenu diminue donc la consommation, surtout que cette dernière dépend des revenus (DIANE Gabriella Tremblay, 2013, P.7).

Pour la direction hospitalière, l'opportunité d'évoluer vers une approche d'évaluation plus ressentie à tous les niveaux constitue un réel tremplin, notamment pour valoriser l'émergence d'une culture de recherche évaluative au sein de l'équipe du travail. Et si la modernisation de l'administration avait pour effet de mieux positionner la recherche hospitalière. Certes, à elle seule, cet objectif-résultat semble être porteur de sens pour la communauté médicale, reconnu pour son haut rayonnement et son apport significatif dans la mise en place des nouvelles façons de faire. Dans l'évaluation, on apprécie les niveaux d'atteinte des objectifs :

- ❖ L'appréciation contenue de l'état d'avancement d'un projet en cours de réalisation : on met le focus sur la démarche de réalisation de projet proposée :
  - Les grandes activités (planification globale) ;
  - Les actions détaillées (planification détaillée) ;
  - Les façons de faire (collaboration, consultation, information, etc) ;
  - L'échéancier des travaux.
  
- ❖ L'appréciation du niveau d'atteinte de l'objectif-résultat au terme de la réalisation d'un projet planifié : mettre le focus sur le niveau d'atteinte de l'objectif-résultat :
  - Les gains cliniques et financiers ;
  - Les cibles d'améliorations au niveau des pratiques cliniques.

C'est à ce 2ème point d'appréciation que la présente étude se focalise pour mesurer la performance en termes des gains financiers en utilisant un indicateur que la productivité.

L'évaluation étant un jugement de valeur du produit (Glossaire des termes relatifs à l'évaluation, 2016, p.63), elle recherche :

- D'améliorer la performance dans les activités ;
- De Décider sur l'activité (son avenir) ;
- D'Assurer la transparence pour rendre compte de résultats obtenus ;
- De Sanctionner positivement ou négativement ;
- De Confronter les résultats aux objectifs fixés.

De ce qui précède, on peut décider sur l'activité. Ainsi, l'OCDE détermine les critères d'une bonne évaluation sont les suivants :

- La pertinence : les objectifs doivent être conformes aux besoins ;
- L'efficacité : les résultats se concordent avec les objectifs fixés ;
- L'efficience : les résultats sont compatibles aux moyens alloués ;
- L'impact : effets ultérieurs à long terme, positifs ou négatifs ;
- La durabilité : analyse la continuité des bénéfices du projet à la fin de l'intervention.

## 2. L'EVALUATION DE LA PRODUCTIVITE A L'HOPITAL BON BERGER DE TSHIKAJI

### 2.1 Détermination de l'effectif du personnel

Tableau 1 Effectif du personnel de l'HBB de 2016 à 2018

N o	Catégories	2016		2017		2018	
		Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
1	Médecins	10	6,67	10	6,67	10	6,67
2	Dentiste	1	0,67	1	0,67	1	0,67
3	Infirmiers	53	35,33	53	35,33	51	34,00
4	Techniciens de labo	14	9,33	14	9,33	14	9,33
5	Administratifs	18	12,00	18	12,00	17	11,33
6	Initiés de RX	3	2,00	3	2,00	3	2,00
7	Aumônier	1	0,67	1	0,67	1	0,67
8	Services généraux	50	33,33	53	33,33	53	35,33
	Total	150	100,0	153	100,0	150	100,0

Source : élaboré par nous-mêmes à partir des archives de l'Hôpital Bon Berger de Tshikaji.

Ce tableau montre que l'effectif du personnel de l'HBB est resté stable pour toute la période d'étude. Sauf des petites modifications observées en 2018 par rapport aux catégories. Cette modification étant observée chez les infirmiers qui, durant les années précédentes, tablaient à 35,34% pour chuter à 34,00% en 2018 ; et de 33,35% à 35,34% pour les agents des services généraux. Pendant que les administratifs sont allés de 12,00% à 11,35% en 2018.

## 2.2 Prévisions budgétaires et réalisations

**Tableau N°2 prévisions et réalisations globales des budgets de 2016 à 2018, valeurs en \$.**

Eléments	2016			2017			2018		
	Prévu	Réal	%	Prévu	Réal	%	Prévu	Réal	%
Dépenses	925246	955425,0 5	103,26	855887,0 3	738487,7 1	86,29	695822	542780,8 2	78,01
Recettes	1133289,9 9	986964,3 3	87,09	855887,1 8	831372	97,14	729722	856589	117,38
Ecart budget	208043,99	31539,28	(16,17)	0,15	92884,29	(10,85)	33900	313808,1 8	(39,37)

**Source** : élaborer par nous-mêmes à partir des données du service financier de l'Hôpital Bon Berger de Tshikaji.

Ce tableau renseigne qu'il y a déséquilibre dans la budgétisation de l'HBB en 2016 pose problème, étant donné que ce qui est prévu n'est pas généralement ce qui est réalisé. Sur 100% des dépenses prévues pour cette année, cet hôpital n'en a réalisé que 103,26%, soit un écart défavorable de -3,26%. Cependant, 87% des recettes ont été réalisées, pendant qu'on en avait prévu à 100%, ce qui montre un écart en valeur relative de 12,91%. En 2017 son plan démontre clairement la bonne nouvelle pour cet hôpital. Quand bien même les réalisations des recettes et des dépenses présentent des écarts constants, l'affectation des 97,14% des recettes reçues a été judicieuse. Cela se vérifie par cet écart favorable de 92.884,29\$. Pour 100% des recettes prévues, l'HBB en a réalisé 117,38%, pendant que les dépenses engagées ont été réalisées à 78,01%, alors qu'elles étaient prévues à 100%. Donc, un écart favorable est observé pour cette année, avec un résultat de 313.808,18\$. Alors qu'en 2018 son budget que l'hôpital s'est ressaisi, car pour 100% des recettes prévues l'hôpital a réalisé 117,38%, pendant que les dépenses engagées ont été réalisées à 78,01%, alors que prévues à 100%. L'écart est favorable avec le résultat évalué à 313808,18\$. Toutefois, il se pose un problème de piètre budgétisation à l'usage

externe pour échapper à la finalité, et ce, avec le mimétisme négatif sans reflet de la réalité pour toute la période d'étude.

### 2.3 Calcul de productivité du travail

**Tableau 3 Productivité moyenne des salariés par catégorie à l'HBB en 2016, valeurs en dollars Américains**

N°	Catégories	Eff.	%	Coûts	%	Prod. du salarié %	
1	Médecins	10	6,66	63.695,00333	11,00	38.498,9140	4,00
2	Dentiste	1	0,66	6.369,500333	1,10	3.849,8914	0,40
3	Infirmiers	53	35,34	337.583,51767	58,47	204.044,2442	21,36
4	Techniciens de labo	14	9,33	89.173,004667	15,45	53.898,0452	5,65
5	Administratifs	18	12,00	114.651,006	19,86	69.298,0452	7,28
6	Initiés de RX	3	2,00	19.108,501	3,30	11.549,6742	1,20
7	Aumônier	1	0,66	6.369,500333	1,10	3.849,8914	0,40
8	Services généraux	50	33,35	318.475,01666	55,16	192.494,5700	20,15
	Total	150	100,0	955.425,05	165,44	577.483,71	60,44

**Source** : élaboré par nous-mêmes à partir des rapports financiers de l'HBB.

Il ressort de ce tableau un constat selon lequel, l'HBB a encouru des difficultés notoires en matière de production. Pour produire 60,44% des recettes annuelles, le personnel de cette structure a consommé 165,44% des revenus ; et donc, elle en a raté 65,44% dans sa production annuelle.

Pour 1,10% des revenus moyens consommés par chaque salarié, il en a produit 0,40%, soit en valeur 6.369,500333\$ dépensés pour 3.849,8914\$. Il est donc clair que chaque agent de l'HBB a perdu 0,7% afin d'atteindre ses attentes.

**Tableau 4 Productivité moyenne des salariés par catégorie à l'HBB en 2017, valeurs en dollars Américains**

N°	Catégories	Eff.		Coûts		Prod. du salarié	
			%		%		%
1	Médecins	10	6,66	49.232,514	10,76	30.490,86666 7	4,12
2	Dentiste	1	0,66	4.923,2514	1,07	3.049,086667	0,41
3	Infirmiers	53	35,3 4	260.932,324 2	57,05	161.601,5933 4	21,8 8
4	Techniciens de labo	14	9,33	68.925,5196	15,07	42.687,21333 4	5,78
5	Administratifs	18	12,0 0	88.618,5252	19,38	54.883,56000 1	7,44
6	Initiés de RX	3	2,00	14.769,7542	3,23	9.147,260000 1	1,24
7	Aumônier	1	0,66	4.923,2514	1,07	3.049,086667	0,41
8	Services généraux	50	33,3 5	246.162,57	53,83	152.454,3333 4	20,6 5
	Total	150	100, 0	738.487,71	161,4 6	457.363	61,9 3

**Source** : élaboré par nous-mêmes à partir des rapports financiers de l'HBB.

Pour cette année de 2017, le personnel de l'HBB avait consommé 161,46% pour en produire 61,93%. Pour produire 20,65%, les agents des services généraux ont consommé en moyenne 53,83% des charges totales engagées par l'hôpital ; la même situation chez les infirmiers, avec 57,05% des charges pour en exploiter 21,88%. Il est démontrable que chaque agent a produit 0,41% soit en valeur 3.049,086667\$, pendant qu'il avait consommé à cette fin 1,07%, soit 4.923,2514\$.



**Tableau 5 Productivité des salariés par catégorie à l'HBB pour 2018, valeurs en dollars Américains**

N°	Catégories	Eff.		Coûts		Prod. du salarié	
			%		%		%
1	Médecins	10	6,66	36.185,388	6,55	36.839,866670	6,79
2	Dentiste	1	0,66	3.618,5388	0,65	3.683,986667	0,67
3	Infirmiers	51	34,00	184.545,4788	33,39	187.883,32000	34,63
4	Techniciens de labo	14	9,33	50.659,5432	9,17	51.575,813340	9,50
5	Administratifs	17	11,35	61.515,1596	11,14	62.627,773340	11,55
6	Initiés de RX	3	2,00	10.855,6164	1,97	11.051,960000	2,00
7	Aumônier	1	0,66	3.618,5388	0,65	3.683,986667	0,67
8	Services généraux	53	35,34	191.782,5564	34,70	195.251,29340	35,99
	Total	150	100,0	542.780,82	98,22	552.598	101,80

**Source** : élaboré par nous-mêmes à partir des rapports financiers de l'HBB.

Ce tableau est clair, chaque agent a produit en moyenne pour 2018 0,67%, en valeur 3.683,986667\$, alors qu'il avait consommé à cet effet 0,65%, ce qui représente en valeur 3.618,5388\$. Et donc, nous observons une légère productivité par la méthode de surplus, avec cet écart de 0,02%. Cela étant, pour 98,22% engagés par cet hôpital à des fins de la production, il en a réalisé 101,80%, soit un bénéfice annuel révolu à 3,58% comme surplus de productivité moyenne. Toutefois, les services généraux sont en line avec 34,70% des dépenses moyennes pour produire 35,99%, et 33,39% des consommations annuelles des infirmiers qui en ont rapportés 34,63%.

**Tableau 6 Productivité globale à l'Hôpital Bon Berger de Tshikaji de 2016 à 2018, valeur en \$.**

Rubriques	2016		2017		2018	
	Montants	%	Montants	%	Montants	%
Production totale 1	577.483,71	60,44	457.363	61,93	552.598	101,80
Coûts totaux 2	955.425,05	165,44	738.487,71	161,46	542.780,82	98,22
Coût unitaire 3 = (2/1)	1,65446234	2,737	1,614664304	2,607	0,982234499	0,964
Volume horaire 4	419.328	33,32	419.328	33,32	419.904	33,36
Productivité globale 5 = (1/2)	0,604425967	0,365	0,619323779	00,383	1,018086822	1,0368
Productivité salariale 6	3.849,8914	0,40	3.049,086667	0,41	3.683,986667	0,677
Productivité horaire 7	0,0091810979	0,0040	0,0072713643	0,0041	0,0087734022	0,0067

**Source** : élaboré à partir des données du service financier de l'Hôpital Bon Berger de Tshikaji.

Il sied de signaler que la production hospitalière comprend seulement les services vendus y compris les médicaments. Il ressort de ce tableau que l'HBB est loin d'obtenir la productivité significative dans l'exécution de ses activités. Sans inclure les comptes 71, 75, 77 et 79, la productivité globale de cet hôpital est médiocre ; pour 1,65446234\$ dépensés par activité, on n'en a produit 0,604425967\$. C'est comme démontré, 165,44% dépensés pour cette année, ont produit 60,44%, avec un écart de -105%, soit en valeur -377.941,34\$. Mais en 2017, Sans inclure les comptes 71, 75, 77 et 79, la situation financière de l'HBB est loin d'être résolue ; après déficit observé en 2016, cela revient encore cette année avec 161,46% des dépenses engagées, pour produire 61,93%. C'est vraiment décourageant cette perte de -99,53%, en valeur -281.124,71\$. En fin, l'année 2018 l'HBB a réalisé pour cette année, plus que ce qui est dépensé ; c'est comme le démontre sa productivité globale, à 1,036% pour les dépenses de 0,964% engagées, ce qui démontre un écart de production de 3,58%, soit en valeur 9.817,18\$.

**Tableau 7 Synthèse des heures du travail pour 2016-2018**

N°	Rubriques	Volume horaire	%
1	Première 2016	419.328	33,32
2	Deuxième 2017	419.328	33,32
3	Troisième 2018	419.904	33,36
	Total	1.258.560	100,0

**Source** : élaboré par nous-mêmes à partir des données des registres de présence du personnel

Pour toute la période de notre étude, le personnel de l’HBB a travaillé pendant 1.258.560 heures, soit 33,32% pour 2016 & 2017, avec une légère augmentation en 2018, soit 33,36% ; l’écart de 0,04% étant expliqué suite à la modification catégorielle des administratifs, pour le compte des agents des services généraux.

**Tableau 8 Réalisation des charges du personnel à l’HBB pour notre période d’étude, montants en dollars Américains**

N°	Rubriques	2016		2017		2018	
		Montants	%	Montants	%	Montants	%
1	Rémunération	210.462,0	53,9	87.363,5	41,	44.164,6	26,5
		5	2	2	42	4	2
2	Prime de fidélité	48.422,11	12,4	38.065,1	18,	19.654,8	11,8
			0	0	04	0	0
3	Autres charges	131.460,3	33,6	85.509,3	40,	102.744,	61,6
		2	8	8	54	56	8
	Total	390.344,4	100,	210.938	100	166.564	100,
		8	0		,0		0

**Source** : élaboré par nous à partir des données budgétaires réalisées par l’hôpital HBB

Il ressort de ce tableau que l’HBB octroie plus d’avantages aux agents que les payer. Des grands efforts ont été fournis en 2016 avec 53,92% de la rémunération, 12,40% de la prime de fidélité et 33,68%. En 2018 par ailleurs, les autres avantages ont été à 61,68%, pendant que la rémunération et la prime de fidélité revenaient respectivement avec chacune 26,52% et 11,80%

pour l'autre. Par conséquent, le rapprochement est observé en 2017 avec 41,42% de la rémunération et 40,54% des autres avantages.

Il convient de noter que les réalisations des charges du personnel ont évolué par diminution, d'une année à l'autre. La prime de fidélité qui a subi des modifications annuelles, soit 12,4% en 2016, 18% en 2017 et 11,80% en 2018.

Par ailleurs, il convient de signaler la baisse des autres charges par rapport à la rémunération, à 33,68% contre 53,92% en 2016 ; 40,56% contre 41,46% en 2017 et un accroissement de 61,68% des autres charges contre 26,52% de la rémunération en 2018.

Toutefois, les autres charges supplantent d'autres rubriques durant notre période d'étude, soit en moyenne, 45,30% contre 40,63% de la rémunération, pendant que la prime de fidélité est à 14%.

## CONCLUSION

La mauvaise planification, pourtant chose inacceptable pour une Gestion par Résultat. Il est difficile d'identifier les charges fixes et variables par le fait que toutes les lignes budgétaires sont exécutées en souffrance.

Une autre stratégie adoptée par les responsables de cet hôpital est le management de contingence par octroi d'une certaine prime annuelle aux agents qui, malgré la sécheresse financière, se sont montrés fidèles à l'hôpital. Cette stratégie par octroi de la prime de fidélité a plus aidé les employés en 2017 et 2018, ce qui ne pouvait pas être un motif de plainte pour eux en ce qui concerne leurs salaires, étant donné qu'ils sont les gagnants des gains leur accordés. Toutefois, ils devaient se montrer plaintifs en 2016 par le fait que la prime de fidélité leur accordée n'avait pas atténué la douleur des salaires impayés.

Après analyse de toutes les données en matière de productivité dans cet établissement hospitalier, nous constatons que cet établissement de santé a eu du mal à rémunérer son personnel durant les deux premières années de notre étude, du fait de la supériorité des coûts de production par rapport à la production annuelle. Même si la prime de fidélité est accordée annuellement à chaque agent pour encourager l'émulation, nous observons une inadéquation de celle-ci face aux salaires impayés moyens pour toute la période examinée en 2016. Ce qui explique la faible productivité de son personnel, qui a tourné de façon minimale en 2016 et 2017, avant de prendre légèrement en 2018 sans résorber le problème d'impayement.

## BIBLIOGRAPHIE

- CAD/OCDE, (2005), document de référence sur les bonnes pratiques émergentes pour une GARD, première version, paris ;
- Radio okapi infos, (2018) grève des professeurs ; [www.okapiinfos.fr/revue](http://www.okapiinfos.fr/revue) de presse kinoise du 05 novembre ;
- MAURO SCASCIGHINI, (2006), Management par objectifs, ses mécanismes, ses avantages et ses limites, Ed. CRPM, Canada ;
- Douglas MC GREGOR, (1960), The humain side of entreprise, Ed. MC GRAWHILL, New York;
- Peter DRUCKER, (1954), The practice of management, HARPER et ROW, New York;
- Henry FAYOL, (2016), Administration industrielle et générale, Ed. Gestion et Andes, cité par Luc MARCO, Paris ;
- Alain Desreumaux (2015), Notions d'organisation, in Théorie des organisations, Pp. 41-79
- Georges ROSTAN, (2006), Histoire du management : Théories des organisations, In conservatoire national des arts et des métiers, Lyon ;
- Robert BLACK et Jane MOUTON, (1964), The managérial grid, Ed. GULF PUBLISHING, USA;
- Robert BLACK et MOUTON, (1985), The managerial grid III. The Key to leadership excellence, Ed. GULF PUBLISHING COMPANY, New York;
- Peter DRUCKER, (1964), Managing for results, Ed. HARPER et ROW, New York;
- Affaires mondiales Canada, (2016), GAR appliquée aux programmes d'aide internationale : Guide pratique, 2e Ed., Canada ;
- Etude GCP, (2007), Fiche de GAR, COTA ASBL, Canada ;
- El HADJI FALL (PNUD/POLE), (2009), « Gestion axée sur les résultats », In formation ENA BISSEAU, Guinée ;
- ZEYNEP Or et al, (2013), « Activités, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après T2A », Ed. Institut de recherche et documentation en SAPU (IRDES), N° 56, Paris ;
- Robert EVANS G. et al, (2009), « productivité des ressources humaines en santé », In fondation Canadienne de la recherche sur les services de santé, Canada ;
- Eurostat, (2001), Annuaire sur la qualité des soins, Luxembourg ;



- ZEYNEP Or, Thomas REYNAUD et al, (2007), « questions d'économie de la santé »  
In IRDES-La protection sociale, N° 119, Paris ;
- Jean FOURASTIE, (1952), La productivité, In Collection que sais-je ? N° 557, Ed. PUF,  
Paris ;
- DIANE Gabriella Tremblay, (2013), « productivité et performance : enjeux et défis dans  
l'économie du savoir » In Télé Université du Québec, Canada ;
- Glossaire des termes relatifs à l'évaluation, (2016), la GAR appliquée aux programmes  
d'aide internationale, 2ème édition, canada.