



HAL
open science

Analyse de la performance hospitalière par l'étude des parcours de soins

Mohammed Hamdaoui

► **To cite this version:**

Mohammed Hamdaoui. Analyse de la performance hospitalière par l'étude des parcours de soins. Automatique. Université de Bordeaux, 2023. Français. NNT : 2023BORD0326 . tel-04508784

HAL Id: tel-04508784

<https://theses.hal.science/tel-04508784>

Submitted on 18 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE PRÉSENTÉE
POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR DE

L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

ÉCOLE DOCTORALE DES SCIENCES PHYSIQUES ET DE L'INGÉNIEUR
SPÉCIALITÉ : AUTOMATIQUE, PRODUCTIQUE, SIGNAL ET IMAGE, INGENIEURIE
COGNITIVE

Par Mohammed HAMDALOU

**ANALYSE DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE PAR
L'ETUDE DES PARCOURS DE SOINS**

Sous la direction de : **Bruno VALLESPER**

Soutenu le 24/11/2023

Membres du jury :

M. VALLESPER Bruno, Professeur, Université de Bordeaux
M. LAMINE Elyes, Professeur, INU Champollion
Mme. EGGRICKX Ariel, Maître de conférences HDR, Université de Montpellier
Mme. CORBIN Elsa, Maître de Conférences, Université des Antilles
M. EL HASSANI Amine, Professeur, Université Mohammed V Rabat
M. DUCQ Yves, Professeur, Université de Bordeaux

Directeur de thèse
Rapporteur
Rapporteur
Examineur
Examineur
Président du Jury

Membres invités :

Mme. ALIX Thècle, Maître de conférences, Ecole Nationale Supérieure
d'Arts et Métiers Campus de Bordeaux

Co-encadrante

Titre : ANALYSE DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE PAR L'ETUDE DES PARCOURS DE SOIN

Résumé : Il y a toujours une divergence quant à ce qui est considéré comme des soins acceptables pour les patients et ceux qui constituent des insuffisances qualitatives considérables. Il existe de nombreuses preuves que l'alignement des processus de soins établis sur des lignes directrices des établissements de santé varient considérablement. Ainsi, le gouffre entre les lignes directrices et la pratique peut entraîner des lacunes en matière de qualité alors qu'il existe une demande accrue pour améliorer la qualité des soins et les organiser plus efficacement. L'objectif de cette étude est d'examiner les composantes et les aspects de la performance hospitalière en utilisant des outils de modélisation statistique et des analyses de données qualitatives. A travers ce travail, nous avons exploré une variété de modèles et de méthodes pour évaluer la performance globale d'un hôpital. Parmi ces derniers, le modèle de Buttart et Marmorat a été adopté pour évaluer la performance globale de l'hôpital Cheikh Zaïd (HCZ) sis à Rabat au Maroc. Avant de commencer l'évaluation des aspects de la performance selon Buttart et Marmorat, une modélisation de parcours de soins a été développée afin de comprendre et d'expliquer toutes les étapes que traverse un patient de son admission à sa sortie. Ensuite, une évaluation a été réalisée en appliquant la technique ABC des coûts des parcours de soins modélisés à savoir le parcours de la consultation ophtalmologie et le parcours de la cataracte. Enfin, pour l'évaluation de la dimension qualité de prise en charge, une enquête qualitative a été menée permettant ainsi de recueillir les divers avis et ressentis de la patientèle ayant vécu lesdits parcours en termes de qualité des soins et de satisfaction et aussi en termes de fidélité des patients vis-à-vis de la structure hospitalière. La démarche d'évaluation qui a été entreprise à travers ce travail présente un ensemble de bénéfices pour l'HCZ qui peuvent être listés de manière non exhaustive. En premier lieu, cette évaluation permet à la structure d'avoir une meilleure visibilité et maîtrise sur le service qu'elle offre soutenue par les résultats obtenus et qui indiquent qu'il existe une corrélation substantielle entre la qualité de service, la satisfaction des patients et leur fidélité. Elle permet également à l'hôpital de mieux maîtriser ses coûts et d'assurer une meilleure structuration de ses dépenses par la capacité à les évaluer précisément par parcours de soins.

Mots clés : Performance, Modélisation, Parcours de soins, Satisfaction, Fidélité, Qualité de service,

Title: HOSPITAL PERFORMANCE ANALYSE BASED ONCARE PATHS STUDY

Abstract: There is always a divergence as to what is considered acceptable care for patients and what constitutes considerable qualitative shortcomings. There is ample evidence that the alignment of established care processes with healthcare facility guidelines varies considerably. Thus, the gulf between guidelines and practice can lead to quality deficiencies at a time when there is increasing demand to improve the quality of care and organize it more efficiently. The aim of this study is to examine the components and aspects of hospital performance using statistical modelling tools and qualitative data analysis. Through this work, we explored a variety of models and methods for assessing overall hospital performance. Among these, the Buttart and Marmorat model was adopted to assess the overall performance of the Cheikh Zaïd Hospital (HCZ) located in Rabat, Morocco. Before beginning the evaluation of performance aspects according to Buttart and Marmorat, a care pathway model was developed to understand and explain all the stages a patient goes through from admission to discharge. Next, an evaluation was carried out by applying the ABC technique to the costs of the care pathways modelled, namely the ophthalmology consultation pathway and the cataract pathway. Finally, to assess the quality of care, a qualitative survey was carried out to gather the various opinions and feelings of patients who had experienced the aforementioned pathways, in terms of quality of care and satisfaction, and also in terms of patient loyalty to the hospital structure. The evaluation process undertaken through this work offers a range of benefits for the HCZ, which can be listed in a non-exhaustive manner. This assessment gives the hospital greater visibility and control over the service it offers and enables it to keep a constant watch on the competition, supported by the results obtained, which show a substantial correlation between service quality, patient satisfaction and loyalty. It also enables hospitals to better control their costs, and to structure their expenditure more effectively by being able to evaluate it precisely by care pathway.

Keywords: Performance, Modeling, Care Pathways, Satisfaction, Loyalty, Service Quality

Unité de recherche

Intégration du Matériau au Système (IMS), UMR CNRS 5218, Université de Bordeaux, 351
cours de la libération, 33405 TALENCE CEDEX

Remerciements

Je tiens à exprimer en premier ma reconnaissance à mon directeur de thèse Professeur **Bruno VALLESPER**. Merci pour votre disponibilité, votre encadrement et vos conseils. Je vous remercie également pour votre bienveillance et votre soutien grâce auxquels j'ai pu persévérer malgré mes engagements professionnels très prenants. Enfin, je vous remercie de m'avoir donné la chance de présenter mon travail de recherche en acceptant mon projet de thèse. Aucun mot ne pourra vous exprimer ma gratitude.

J'adresse mes remerciements et mes respects à ma co-encadrante, **Mme Alix THECLE**, pour tout son appui. Ses conseils éclairés et ses orientations qui m'ont permis de faire aboutir ce projet dans les meilleures conditions.

Mes sincères remerciements vont aussi à Monsieur le Professeur **Yves DUCQ**, président de mon jury de thèse, mes remerciements vont également à Mme **Ariel EGGRICKX** et M. **Elyes LAMINE** qui me font l'honneur d'avoir rapporté et apporté de précieuses remarques à ce rapport, Madame **Elsa COBAIN** et **Pr Amine El HASSANI** d'avoir accepté d'examiner ce travail.

Sur le plan professionnel, je souhaite exprimer ma gratitude envers mon supérieur hiérarchiques, en particulier **M. Samir JAMAL**, pour son soutien continu tout au long de mon parcours.

Je remercie Mes collègues **Docteur Farah DOUMA**, **Docteur Amine CHEIKH** et **Mme Halima RAHMANI**, pour leur contribution et le temps consacré à l'indispensable relecture de ce travail qui m'a permis d'affiner mes propos. Sans oublier mon ami le professeur **Zakaria BELGHITI**.

Enfin je ne voudrais surtout pas oublier ma famille qui attend avec impatience la réalisation de ma soutenance. Particulièrement, **ma mère Halima** et **ma femme Houda** qui me soutient et m'encourage de façon inconditionnelle. Mes deux enfants **Haytham** et **Layane** qui ont dû s'accommoder d'un père absorbé par son travail et sa thèse. Sans oublier mes deux chers frères **Ismail** et **Abdo**.

Pour conclure, je souhaite dédier ce travail à la mémoire de mon père, qui m'a constamment encouragé. L'obtention de mon doctorat aurait été une source de fierté pour lui, et je le considère comme mon premier moteur dans la vie.

Merci à tous

Table des matières

Table des matières.....	1
Liste des figures	4
Liste des tables.....	5
Introduction générale	6
Chapitre 1 : Le système de santé et l'hôpital : émergence de la notion de la performance	9
1.1 Le système de santé.....	10
1.1.1 Actions menées au niveau local et concernant les actions spécifiques.....	12
1.1.2 Actions menées au niveau international	13
1.2 L'hôpital.....	15
1.2.1 Périmètre d'intervention	16
1.2.2 Historique et évolution.....	17
1.2.3 Objectif et mission	19
1.2.4 Particularités du contexte hospitalier	20
1.2.5 Contraintes et complexité du système hospitalier.....	22
1.3 Les réformes du système de santé	25
1.3.1 Historique et contenu des réformes du système de santé français	26
1.3.2 Les réformes du système de santé marocain.....	28
1.4 Émergence de la notion de performance hospitalière : premiers éléments de problématique.....	31
1.4.1 Notion de performance	34
1.4.2 Premiers éléments de problématique	34
1.5 Conclusion.....	35
Chapitre 2 : La performance	37
2.1. Appréhender le concept de performance.....	37
2.2. La notion de performance en sciences de gestion	39
2.2.1. La performance : une notion floue.....	40
2.2.2. Définition de la performance	45
2.2.3. La mesure de performance.....	50
2.3. La notion de performance en génie industriel.....	58
2.3.1. La performance comme composante du pilotage	60
2.3.2. Les méthodes d'implantation de systèmes d'indicateurs de performance.....	61
2.4. Le rôle du contrôle de gestion dans l'évaluation de la performance.....	62

2.4.1.	Évolution du contrôle de gestion	63
2.4.2.	Situation actuelle du contrôle de gestion et perspective	64
2.5.	Conclusion.....	68
Chapitre 3: Le contrôle de gestion et la performance hospitalière : vers une approche basée sur le parcours de soins.....		70
3.1.	Le contrôle de gestion hospitalier : spécificité, évolution, fonctions.....	70
3.2.	La performance hospitalière.....	72
3.2.1.	Les dimensions de la performance hospitalière	73
3.2.2.	Modèles de performance hospitalière	74
3.2.3.	Évaluation de la performance hospitalière.....	77
3.3.	La mesure de la performance basée sur les parcours de soins	79
3.3.1.	Le contexte : du flux à la performance des parcours de soins	81
3.3.2.	La définition des parcours par le système de santé.....	83
3.3.3.	La modélisation des parcours de soins.....	92
3.3.4.	La méthode Activity Based Costing (ABC)	95
3.4.	Conclusion.....	102
Chapitre 4 : Cadre méthodologique et démarche expérimentale		104
4.1.	Le cadre méthodologique adopté : le modèle de Buttart et Marmorat.....	105
4.1.1.	La dimension économique et budgétaire	107
4.1.2.	La dimension « prise en charge »	108
4.1.3.	La dimension « territoriale ».....	109
4.1.4.	La dimension « organisationnelle »	110
4.2.	Présentation du cas d'étude	110
4.2.1.	Les missions et valeurs propres de l'hôpital	111
4.2.2.	Organisation et mode de gouvernance	112
4.2.3.	Moyens.....	113
4.2.4.	Mode de gestion.....	114
4.2.5.	La situation actuelle du suivi des performances et l'organisation associée	115
4.3.	Méthode de recherche : démarche et résultats	119
4.3.1.	La modélisation des parcours patient.....	120
4.3.2.	L'évaluation de la dimension économique et budgétaire	127
4.3.3.	L'évaluation de la dimension « Prise en charge »	136
4.4.	Conclusion.....	148
Chapitre 5 : Les éléments méthodologiques d'une démarche globale d'évaluation.....		150
5.1.	Les leçons tirées de la démarche expérimentale	150

5.2. Approche et guide méthodologique pour l'évaluation de la dimension économique et budgétaire.....	152
5.2.1. Approche méthodologique de l'évaluation.....	152
5.2.2. Eléments nécessaire pour la mise place de l'approche	153
5.2.3. Application de l'approche.....	163
5.3. Approche et guide méthodologique pour l'évaluation de la dimension prise en charge	175
5.3.1. Approche méthodologique de l'évaluation.....	175
5.3.2. Renforcement de la pertinence de la démarche d'évaluation	177
5.4. Conclusion.....	181
Conclusions, limites et perspectives	182
Références bibliographiques	185
Annexes.....	201

Liste des figures

Figure 1 : Organisation du système de santé français.....	11
Figure 2 : Processus de la performance selon Maire (1999).....	48
Figure 3 : Les différentes dimensions de la performance organisationnelle ..	49
Figure 4 : Triangle stratégique/acteur/processus d'action	53
Figure 5 : La Pyramide de Lynch et Cross (1991).....	58
Figure 6 : La cohérence du triplet « objectifs, variables de décision, indicateurs de performance » dans la méthode ECOGRAI.....	61
Figure 7 : Démarche de la méthode ECOGRAI	62
Figure 8 : Modèle de la performance hospitalière	76
Figure 9 : Mesure de performances d'un parcours par l'analyse de ses activités.....	82
Figure 10 : Passage d'une logique de comptabilité générale à une logique de comptabilité par parcours.....	82
Figure 11 : Les différentes notions de parcours (ARS, 2016)	84
Figure 12 : Positionnement du parcours patient dans la nomenclature proposée par l'ARS.....	91
Figure 13 : Concepts sous-tendant la notion de parcours	93
Figure 14 : La démarche suivie.....	93
Figure 15 : Le modèle du processus de soin de la BPCO.....	94
Figure 16 : Positionnement de l'Hôpital Cheikh Zaïd dans le système de santé du Maroc	111
Figure 17 : Organigramme de l'HCZ.....	112
Figure 18 : Répartition des ressources humaines.....	114
Figure 19 : Parcours patient dans le cadre d'une admission ambulatoire.....	123
Figure 20 : Parcours patient dans le cadre d'une hospitalisation.....	123
Figure 21 : Modèle du parcours de la consultation.....	124
Figure 22 : Modèle du parcours de la chirurgie de la cataracte	126
Figure 23 : Composition des coûts.....	128
Figure 24 : Structure de coût par activité du parcours	130
Figure 25 : Structure de coût par activité du parcours	131
Figure 26 : Séjour Moyen par médecin.....	135
Figure 27 : Les domaines d'évaluation des quatre dimensions	151
Figure 28 : Parcours patient de référence dans le cadre d'une hospitalisation	154
Figure 29 : Parcours patient de référence dans le cadre de soins ambulatoires.....	155
Figure 30 : Présentation du modèle structurel appliqué à notre domaine.....	178

Liste des tables

Table 1 : Synthèse des définitions de la performance.....	46
Table 2 : Récapitulatif des modèles de mesuré de la performance.....	76
Table 3 : Représentation des parties prenantes de l'hôpital selon leurs intérêts.....	106
Table 4 : Grille de Calcul du coût de la consultation.....	129
Table 5 : Grille de Calcul du coût de la cataracte	130
Table 6 : Bilan de calcul des coûts du parcours de la consultation en MAD	132
Table 7 : Résultat de calcul des charges du parcours de la cataracte en MAD.....	133
Table 8 : La consommation de Pharmacie par Médecin.....	134
Table 9 : Résultat de l'enquête sur la qualité de service.....	141
Table 10 : Résultat de l'enquête sur la satisfaction.....	143
Table 11 : Résultat de l'enquête sur la fidélité	144
Table 12 : Résultat de l'enquête sur la qualité de soins	145
Table 13 : Résultat de l'enquête sur la satisfaction.....	146
Table 14 : Résultat de l'enquête sur la Fidélité.....	147
Table 15 : Coûts directs (en millions de Dirhams marocains).....	166
Table 16 : Coûts indirects (en millions de Dirhams marocains).....	166
Table 17 : Coefficient de ventilation	167
Table 18 : Coûts directs (en millions de Dirhams marocains).....	172
Table 19 : Unités d'œuvre	172
Table 20 : Clés de répartition.....	172
Table 21 : Qualité de représentation des variables	178
Table 22 : Critères de validité des échelles de mesure	179
Table 23 : Critère de Fornell-Larcker	179
Table 24 : Critères de fitness du modèle.....	181

Introduction générale

Le secteur de la santé est en pleine évolution du fait, d'une part, de l'accroissement et du vieillissement de la population et, d'autre part, du nombre croissant de maladies en plus de la polyopathie des personnes âgées en particulier. Certes les évolutions technologiques et scientifiques viennent apporter des aides et des solutions à ce secteur mais, ces derniers ne font que contribuer à l'instabilité et à la complexification des processus des établissements de soins se devant être d'une efficacité et d'une sûreté toujours plus importante afin d'apporter à chaque patient les soins appropriés. Ce faisant, les directions des hôpitaux se trouvent face à des défis multiples et souvent en contradiction : garantie de la qualité de soins, assurance d'un taux de patients satisfaits élevé, le maintien de l'équilibre financier, etc. L'hôpital se trouve de ce fait tiraillé entre plusieurs enjeux à concilier, ce qui le conduit à devoir être en mesure d'analyser sa performance afin de maintenir et de stabiliser un niveau élevé de la qualité des prestations offertes.

Au cœur de l'évolution des systèmes de santé et de la prestation des soins, la recherche de la performance s'est affirmée comme un objectif fondamental, dictant les contours d'une gestion optimale et efficace. La quête incessante d'une meilleure qualité des soins, d'une allocation raisonnée des ressources et d'une prise en charge adéquate des patients a conduit à la redéfinition de cette notion au sein des établissements hospitaliers. Cette thèse s'engage ainsi dans un voyage à travers les méandres du système de santé et de l'hôpital, en explorant l'émergence de la notion de performance et ses ramifications profondes.

Dans le cadre de ce travail, nous nous focalisons sur la notion de performance et plus particulièrement la performance hospitalière. Après avoir présenté le contexte et l'évolution du milieu hospitalier, nous présenterons des outils de mesure de performance existants ainsi que notre vision de la mesure de la performance par l'étude des parcours de soin des patients qui constitue la problématique de notre sujet de recherche.

Parallèlement, les différentes réformes hospitalières ont accordé une place prépondérante au parcours de soins et à son lien avec la notion de performance. Afin de répondre à la problématique de mesure de la performance par l'étude des parcours de soins au sein de l'hôpital, ce travail propose une méthodologie d'évaluation de la performance hospitalière. Celle-ci propose d'une part un modèle visant à évaluer l'aspect économique et budgétaire par la détermination du coût réel du parcours et, d'autre part, une démarche d'évaluation de la qualité de la prise en charge du même parcours.

D'un point de vue applicatif, la méthode s'est appuyée sur une approche expérimentale basée sur nos connaissances opérationnelles en étant déployée sur le cas de l'hôpital Cheikh Zaïd de Rabat.

Cette étude considèrera le coût des activités des différents processus mis en œuvre dans le cadre d'un parcours ainsi que la qualité des soins et la satisfaction et la fidélité des patients.

Le premier chapitre s'intéressera aux fondements même du système de santé, en mettant en lumière son écosystème complexe et la place centrale occupée par l'hôpital. En examinant les réformes du système de santé, nous identifierons les forces motrices derrière le besoin croissant d'une évaluation précise et d'une gestion efficace des performances hospitalières. L'émergence de la notion de performance en milieu hospitalier, point focal de cette thèse, nous conduira aux premiers éléments d'une problématique qui guidera notre parcours.

Au sein du second chapitre, une immersion dans le concept de performance sera entreprise. En traversant les domaines des sciences de gestion et du génie industriel, nous examinerons les multiples facettes de cette notion polysémique. De la signification fondamentale du concept à son adaptation dans différents domaines, ce chapitre tracera les contours conceptuels qui serviront de base à notre exploration ultérieure. Le rôle clé du contrôle de gestion dans l'évaluation de la performance se dévoilera également, soulignant ainsi son importance capitale en tant qu'outil d'optimisation des processus hospitaliers.

Le troisième chapitre, quant à lui, établira un lien essentiel entre le contrôle de gestion et la performance hospitalière en introduisant une approche novatrice axée sur les parcours de soins. Cette perspective holistique nous permettra de recontextualiser la notion de performance, en insistant sur l'importance de prendre en compte les interactions et les étapes du parcours patient. La modélisation des parcours de soins émergera comme un moyen puissant de visualisation et d'amélioration de la prestation des soins, tout en renforçant l'orientation vers des soins centrés sur le patient. Enfin, les chapitres quatre et cinq dévoileront la méthodologie qui a encadré cette recherche.

Le quatrième chapitre présentera le cadre méthodologique adopté, mettant en lumière le modèle de Buttart et Marmorat, tout en présentant un cas d'étude spécifique. La méthodologie de recherche sera exposée en détail, ainsi que les démarches utilisées pour modéliser les parcours patients et évaluer les dimensions économiques, budgétaires et de prise en charge.

Le cinquième chapitre, quant à lui, tire les leçons de la démarche expérimentale, L'approche méthodologique d'évaluation proposée peut être généralisée à toutes les structures sanitaires souhaitant s'engager dans une évaluation de leurs performances basée sur le parcours. Cette généralisation permettra à ces structures de mieux maîtriser leurs coûts et le niveau de qualité des prestations offertes à leur patientèle. Des éléments nécessaires à la mise en œuvre de ces approches seront exposés, avec un accent particulier sur les ressources consommées par les activités et les modèles de calcul de coûts.

Avec pour objectif d'approfondir la notion de performance au sein des établissements hospitaliers, cette thèse propose une exploration méthodique et conceptuelle visant à instaurer les bases d'une gestion plus éclairée menant à l'amélioration continue de la qualité des soins. La quête de la performance hospitalière optimale nous interpelle sur les paradigmes actuels, mais également sur l'adaptation des outils de gestion et sur la mise en avant d'approches novatrices permettant de répondre aux défis complexes de la qualité des soins.

Chapitre 1.

Le système de santé et l'hôpital : émergence de la notion de la performance

Depuis que les experts internationaux de l'OMS ont pu étudier les soins primaires de manière distincte des autres composantes du système de prestation des services de santé, et ce suite à la conférence d'Alma Atta de 1987, les preuves de l'effet promoteur des soins primaires sur la santé se sont accumulées. Les experts ont démontré que les soins primaires préviennent la maladie et la mortalité, indépendamment du fait que le traitement soit défini par une offre de médecins de soins primaires. Par ailleurs, l'émergence d'une concurrence mondiale dans le secteur des soins de santé rend les patients de plus en plus lucides et inquiets quant à l'offre de services de santé. L'importance croissante accordée au bien-être et à la santé et le nombre croissant de personnes âgées ont considérablement augmenté les demandes en matière de santé et de diffusion d'un mode de vie sain parmi la population générale. L'expansion de l'environnement concurrentiel mondial des services a eu un impact sur le secteur résidentiel, en particulier sur les services de santé.

De ce fait, les acteurs de santé tels que les établissements de santé, les organismes gouvernementaux et les organismes de réglementation ont commencé à mettre l'accent sur l'excellence de la qualité des services de santé, et la rivalité croissante entre les hôpitaux les a conduits à élargir leur offre de services et en parallèle à en accroître la qualité dans le but d'obtenir un avantage concurrentiel. Les clients sensibles à la qualité de services des hôpitaux en ont fait un critère de choix obligeant ces derniers à l'évaluer avec précision et à l'améliorer en continue. Les hôpitaux sont tenus de fournir aux patients d'excellents services de soins de santé et de répondre à leurs besoins en raison des attentes accrues en matière de confort quotidien et des attentes accrues des consommateurs. Ce chapitre a vocation à présenter le système de santé dans sa globalité et l'hôpital en particulier. A travers les différentes réformes réglementaires qui émaillent la longue histoire de ces institutions et également l'évolution des missions que ces derniers se voient confier par la société (et les contraintes qui les accompagnent), la notion de performance apparaît peu à peu pour devenir aujourd'hui, un élément central de leur management.

1.1 Les Systèmes de santé

Il est difficile de déterminer avec précision l'étendue du système de santé. L'Organisation Mondiale de la santé (2000) définit le système de santé comme « *La totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires. Une intervention sanitaire s'entend de tout effort dont l'objectif principal est d'améliorer la santé dans le cadre de soins de santé individuels, d'un service de santé publique ou d'une initiative intersectorielle* ». Le système de santé comprend toutes les actions dont l'objectif premier est de promouvoir, restaurer ou préserver la santé. Ainsi, les services de santé publique, y compris la fourniture professionnelle de soins médicaux et personnels, entrent clairement dans ces paramètres. Sont également inclus tous les types de médicaments, prescrits ou non, ainsi que les soins à domicile, qui représentent 70% à 90 % de l'ensemble des soins.

L'État assume les principales responsabilités administratives du système de soins de santé. Il est le garant de l'intérêt général et de l'amélioration de la situation sanitaire des citoyens. Il intervient majoritairement dans la production (comme avec les hôpitaux publics) et moins fréquemment dans le financement des soins (aide médicale d'État). Il régule les relations entre les institutions de financement, les professionnels et les malades dans un souci de santé publique et d'économie. Dans les faits, l'État détient une grande partie de l'autorité, soit directement, soit par l'intermédiaire de ses services décentralisés (notamment les Agences régionales de santé, ou ARS) (Hirtzlin, 2018). Celle-ci se décline selon les points suivants :

- Il assume la prise en charge des problèmes généraux de santé publique : prévention collective, veille sanitaire, lutte contre les grandes maladies et fléaux (toxicomanie, alcoolisme) ;
- Il assure la formation des personnels de santé et participe à la définition de leurs conditions d'exercice, veille aux normes de qualité des établissements de soins et de la production pharmaceutique ;
- Il veille aux normes de qualité des établissements de soins et de la production pharmaceutique ;
- Il exerce une tutelle sur les organismes de Sécurité Sociale dans le cadre de ce que l'on appelle les contrats d'objectif et de gestion (COG) ;
- Il veille à l'équilibre des comptes sociaux dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale.

La Figure 1 présente l'organisation du système de santé français.

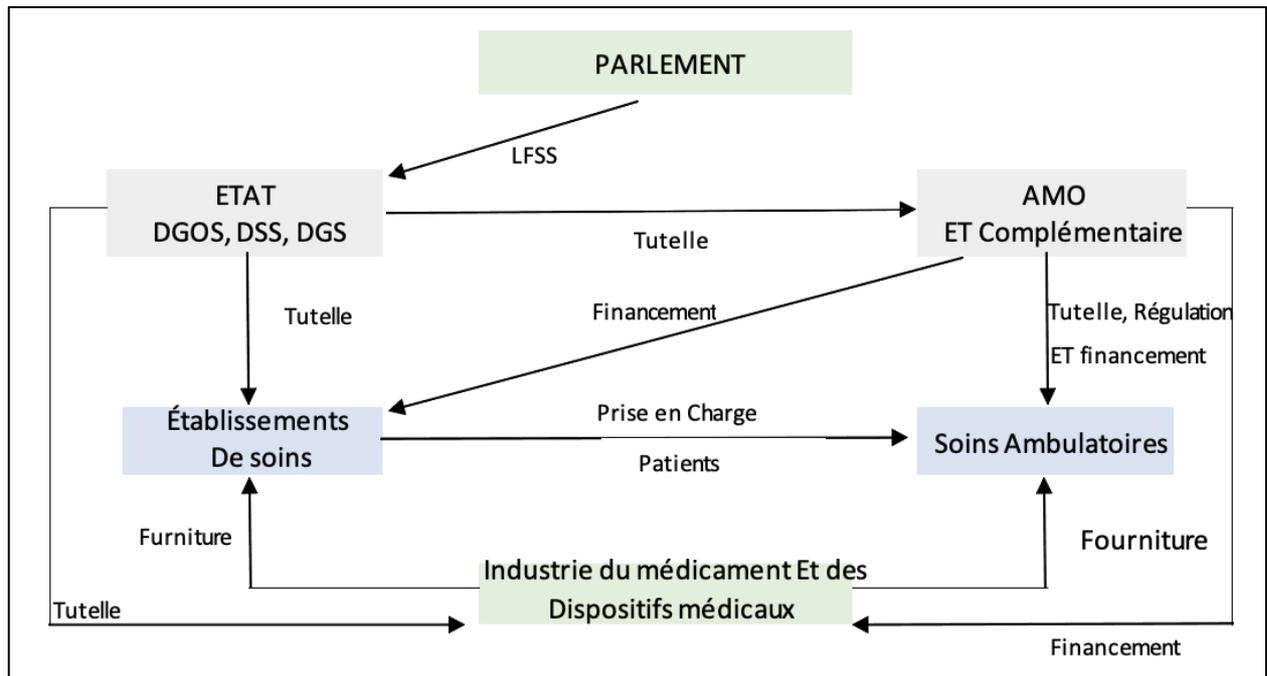


Figure 1: Organisation du système de santé français

Le système de santé français combine un ensemble d'acteurs dont notamment :

- L'assurance maladie, qui prend en charge les risques liés à la santé par le biais de l'assurance maladie obligatoire, une partie de la sécurité sociale qui a été lancée en 1945 et qui est supervisée par le gouvernement et prend en charge environ 77 % des coûts des soins de santé. Les organismes d'assurance mutuelle et les compagnies d'assurance privées qui offrent une protection supplémentaire ;
- Les industries du médicament et des dispositifs médicaux ;
- Les industries pharmaceutiques et des dispositifs médicaux ;
- Les établissements où les gens reçoivent des soins de santé, comme les hôpitaux, les centres de biologie, d'imagerie ou de rééducation, la médecine de ville, etc.

Le ministère des Solidarités et de la Santé se compose de trois directions :

- La Direction de la Sécurité Sociale (DSS) chargée des finances et de la tarification. Elle supervise les organismes de Sécurité Sociale, comme les organismes d'assurance maladie, qui sont chargés de collecter l'argent et de payer directement les différents prestataires de soins (institutions et professionnels de santé indépendants).

- La Direction de l'Organisation des Soins (DGOS) chargée d'organiser les soins hospitaliers et de veiller à la coordination de l'ensemble des soins (y compris les soins de ville et le secteur médico-social). Sa mission principale est de gérer et d'organiser les fonds destinés à la santé. Pour ce faire, elle travaille avec les Agences régionales de santé.
- La Direction générale de la santé (DGS) chargée d'élaborer et de mettre en œuvre la politique de santé publique du pays.

1.1.1 Actions menées au niveau local et concernant les actions spécifiques

L'État a mis en place un certain nombre d'organismes pour l'aider à mener à bien ses missions au niveau local ou pour des actions spécifiques. Les principales sont, notamment :

- Les Agences Régionales de Santé (ARS) en charge du fonctionnement du système de santé dans chaque région. Elles élaborent et mènent les politiques de santé de la région au plus près des besoins des populations.
- L'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) qui gère la trésorerie de chaque branche de la sécurité sociale.
- L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) chargée de la surveillance et du contrôle de ces produits.
- L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) en charge d'aider les établissements sanitaires et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers par la création et la diffusion d'outils et de recommandations.
- L'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) est chargée de collecter, d'héberger et d'analyser les données des établissements de santé sur l'activité, les coûts, l'organisation et la qualité des soins, les finances et les ressources humaines.
- L'Agence de la Bio-Médecine (ABM) intervient dans les domaines du prélèvement et de la greffe d'organes, de tissus et de cellules, ainsi que dans les domaines de la reproduction humaine, de l'embryologie et de la génétique.
- L'Agence des Systèmes d'Information de Santé (ASIP Santé) renommée Agence du Numérique en Santé est chargée de gérer les projets publics de systèmes d'information dans le secteur de la santé et de contribuer à la généralisation des technologies numériques en santé.

- La Haute Autorité de Santé (HAS) autorité publique indépendante, contribue à son tour au bon fonctionnement du système de santé français en mettant l'accent sur la qualité. Elle a pour mission d'évaluer les produits de santé, les pratiques professionnelles, l'organisation des soins et la santé de la population.
- L'Agence Nationale de Santé Publique (ANAP) a pour objectif de protéger la santé de la population par l'observation épidémiologique, la veille sanitaire, la prévention et l'éducation à la santé.

1.1.2 Actions menées au niveau international

Les répercussions des problèmes de santé ne se limitent pas aux frontières nationales. Ainsi, le gouvernement français joue un rôle actif dans l'élaboration des orientations en matière de politique de santé à l'échelle mondiale. L'action de la France repose sur une stratégie coordonnée et cohérente. La France est en effet reconnue pour son engagement dans le domaine de la santé grâce à son modèle innovant fondé sur des principes, des valeurs de solidarité et des droits de l'homme, ainsi qu'à ses atouts et à ses importantes contributions financières. Au cours des dernières décennies, elle s'est distinguée par son engagement dans la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, ainsi que dans la promotion de la santé maternelle et infantile, par son leadership dans la mise en place de financements innovants et la poursuite de la couverture sanitaire universelle, par l'attractivité de son modèle hospitalo-universitaire et par la réputation de ses organisations non gouvernementales humanitaires. La France aborde les questions de santé mondiale tel qu'il a été précisé au niveau du rapport stratégie de la France en santé mondiale (2017) sous plusieurs angles :

- **Une approche fondée sur les droits** : un indicateur clé des efforts français en matière de santé mondiale. L'article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 stipule : « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille* ».
- **Renforcer l'offre de formation, de recherche et d'expertise en santé.** Deux des principaux instruments de l'engagement international de la France en santé sont la diplomatie scientifique et la mobilisation de l'expertise. Un engagement scientifique équitable avec les établissements d'enseignement supérieur et de recherche des pays en développement joue un rôle essentiel dans l'impact que le pays peut exercer dans le monde.

En termes de systèmes de réglementation, d'accréditation ou de formation, les mécanismes normatifs qui servent de référence sur la scène mondiale jouent un rôle important dans le renforcement de la capacité de la France à commercialiser ses services de santé. L'expatriation de spécialistes français, tant en matière de recherche que de connaissances en appui au développement, reste également un moyen innovant de rapprocher les meilleures compétences françaises des bénéficiaires.

- **Coordonner la mobilisation des acteurs de la santé mondiale.** Le plan français doit permettre de fédérer l'ensemble des acteurs français (administrations centrales, opérateurs, agences, acteurs économiques et société civile) autour d'une vision unique d'une politique de santé mondiale. Il doit être coordonné de manière optimale avec les autres acteurs internationaux (bailleurs de fonds, fondations, organisations internationales, etc.).

Il existe trois sortes d'organisations internationales opérant dans le domaine de la santé. Tout d'abord, les États peuvent créer et mandater des groupes de santé pour répondre aux préoccupations sanitaires mondiales. Les organisations à vocation économique peuvent avoir une vocation sanitaire générale, comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une vocation sanitaire spécialisée, comme l'Office international des épizooties (OIE), ou une vocation sanitaire partielle, comme le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation internationale du travail (OIT) ou le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP). Cependant, le deuxième groupe est constitué d'organisations internationales non mandatées qui ont été contraintes de jouer un rôle significatif dans le domaine de la santé en raison de l'évolution de la perception des défis sanitaires mondiaux et de leur propre dynamique. Les principales sont la Banque mondiale et l'OMC (Organisation mondiale du commerce). En effet, les représentants de la société civile mondiale, les organisations non gouvernementales (ONG) et les fondations, acteurs auto-mandatés, sont devenues des acteurs à part entière, adoptant, notamment pour les ONG, un rôle opérationnel de premier ordre dans le cadre d'une division du travail implicite.

En guise de conclusion, les liens entre les acteurs internationaux et les systèmes de santé nationaux deviennent évidents lors des pandémies qui mettent en danger la sécurité sanitaire mondiale, comme Ebola, le SRAS et la Covid19. Dans de telles circonstances, les organisations internationales jouent un rôle crucial en réglementant, en sensibilisant et en poussant les gouvernements à collaborer.

1.2 L'hôpital

Comme indiqué précédemment, les établissements de soins de santé sont une composante importante du système de santé public, servant de lieu pour les soins aux patients, la prestation de services médicaux et chirurgicaux et l'hébergement. Depuis de nombreuses années, le milieu hospitalier est en proie à des problèmes et des obstacles importants. Au fil des millénaires, il est passé d'une structure basique et inefficace appartenant à une institution religieuse à un système sophistiqué, laïc et particulièrement efficace. Pendant des générations, l'hôpital est resté le seul domaine des personnes démunies. Aujourd'hui, l'hôpital est accessible à tous, en fonction d'une certaine stratégie sanitaire. L'évolution des technologies de communication et de soins médicaux a donné naissance à un système de santé qui contribue à la protection et à la promotion de la santé de la population. Le cadre juridique, les processus administratifs et les méthodes de gestion contemporaines doivent tous contribuer à accroître l'efficacité de l'hôpital sans sacrifier sa fonction sociale. Il existe trois types d'établissements de santé en France : les établissements publics, les établissements privés à but non lucratif et les établissements privés à but lucratif.

Les établissements publics. Ce sont des personnes morales de droit public dotées d'une autonomie administrative et financière. Ils sont placés sous la tutelle de l'Agence Régionale de santé (ARS) et peuvent être à vocation générale ou spécialisée. La recherche et l'enseignement font partie intégrante des missions des hôpitaux publics. Ceux-ci ont, par ailleurs, l'obligation d'accueillir tous les malades, notamment aux urgences. Le secteur public est organisé en hiérarchie d'établissements offrant une gamme croissante de soins. Dans le haut de l'échelle, on trouve les CHR (Centres Hospitaliers Régionaux), le plus souvent associés aux facultés de médecine (Centres Hospitalo-universitaires - CHU). Parallèlement à leur activité de soins, ils assurent une mission de recherche et d'enseignement, partie intégrante de leur mission (Chaabane *et al.*, 2003). Depuis le plan 2007, l'hôpital est organisé en pôle d'activités, « Les pôles d'activité sont composés, d'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que, d'autre part, des services, unités, départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés. Dans les centres hospitaliers universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés "pôles hospitalo-universitaires" ». (art. **L6146-1** du Code de la santé publique).

Les établissements privés à but non lucratif. Sont gérés par des organismes de sécurité sociale ou des mutuelles. Ils ont le même mode de fonctionnement et les mêmes missions que les établissements publics, la différence réside dans le statut des personnels, notamment médicaux, qui relèvent du régime salarial et de conventions collectives.

Les établissements privés à but lucratif. Sont gérés par des sociétés commerciales. Ils sont libres de fixer leurs prix et de choisir les activités qui leur semblent les plus rentables, ce type d'établissement a particulièrement orienté son activité vers les soins aigus, en particulier la chirurgie.

Cette variété de composition contribue à la complexité du secteur. En raison de leur histoire unique, les organisations de ces établissements ont des méthodes de financement et des objectifs différents. Par suite de l'introduction de la Tarification à l'Activité (T2A) dans toutes sortes d'établissements français, il existe désormais une certaine égalité dans le mode de financement des divers établissements. La T2A consiste à « *rémunérer les établissements en fonction de leur activité mesurée par un groupe homogène de patients* » et présente l'avantage de renforcer l'efficacité et la transparence du financement des soins de santé (Or & Renaud, 2009). En effet, le financement des hôpitaux dépend du nombre et du caractère de leurs opérations, ainsi que de l'importance des moyens mis en œuvre pour les réaliser (Trilling & Guinet, 2005).

1.2.1 Périmètre d'intervention

Selon R. Bridgman, l'OMS a donné deux définitions de l'hôpital. La première définition est pragmatique : un hôpital est un « *établissement desservi de façon permanente par au moins un médecin et assurant aux malades, outre l'hébergement, les soins médicaux et infirmiers* ». L'autre définition décrit le rôle que doit jouer l'hôpital moderne : « *L'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradiant jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche bio-sociale* ». C'est une institution dont la fonction principale est de fournir des services médicaux (diagnostiques et thérapeutiques) aux patients ambulatoires ou hospitalisés, ainsi que les services d'hébergement spécialisés nécessaires à leur séjour (HAS, 2009). Les hôpitaux se distinguent par leur taille (évaluée dans certains pays par la capacité en lits) et leur fonction principale. Conformément à la HAS (2009), on distingue :

- **Les hôpitaux généraux** sont la forme d'hôpital la plus connue ; ils traitent des troubles variés, nécessitant ou non une intervention chirurgicale, et peuvent également inclure des services ambulatoires tels que la consultation externe, la radiographie, la biologie médicale, etc.
- **Les hôpitaux spécialisés** existent pour répondre à un besoin de santé particulier.
- **Les hôpitaux universitaires** rassemblent les patients, les médecins et les étudiants en médecine, intégrant les soins aux patients aux exigences éducatives des futurs médecins.

Au-delà de ce placement formel, Chauveau (2011) note que la place de l'hôpital dans la société relève d'un ensemble de représentations et de fonctions attribuées à cette institution. Tout d'abord, l'hôpital est perçu comme un lieu où est proposé un service public. Les soins qui y sont dispensés sont accessibles à tous et, en fonction de la couverture sociale dont les individus bénéficient, il est fréquent que les patients ne paient qu'une partie des frais d'hospitalisation. Par ailleurs, la population est profondément attachée à ses hôpitaux, et l'annonce de la fermeture d'un établissement ou de la réduction de services au sein d'un hôpital est souvent mal perçue, la population y voyant un abandon.

Les choix politiques en matière d'offre de soins ont été affirmés au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. A cette époque, la mise en place de la sécurité sociale s'accompagnait d'un effort considérable pour offrir à tous l'accès aux soins par le plus grand nombre. Les attributions de l'hôpital sont précises : il accueille des populations très hétérogènes : des patients qui désirent consulter des spécialistes à l'hôpital et subir des examens plus approfondis, des individus accidentés (en particulier des accidentés de la route), des personnes atteintes de maladies graves (cancer, maladies chroniques, maladies dégénératives, etc.), il accueille également les femmes sur le point d'accoucher ou les personnes âgées dont l'état général exige des soins constants.

1.2.2 Historique et évolution

Selon de Kervasdoué (2015), pendant des siècles, l'hôpital n'a servi que les patients les plus pauvres. Avant 1941, l'hôpital public était « *d'abord et avant tout une institution sociale plutôt qu'une institution sanitaire* ». La première réforme hospitalière française (loi du 21 décembre 1941, suivie d'un décret du 17 avril 1943) fait passer l'hôpital public d'une logique d'aide aux « *pauvres* » à une logique de soutien aux « *malades* ».

À la suite de la création de la sécurité sociale (ordonnance 45/10 du 4 octobre 1945), les hôpitaux ont vu leurs activités et leurs besoins en soins augmenter, ce qui permet la démocratisation des institutions hospitalières. La formation d'une médecine hospitalo-universitaire fondée uniquement sur une « *vision curative et technologique de la médecine* » caractérise le début de la Cinquième République et le décret du 30 décembre 1958, surnommé la réforme « *Debré* ». L'hôpital devient « *le principal vecteur de la biomédicalisation de la société* » par la recherche méthodique de la performance technique. Cette époque se distingue par un investissement énorme dans le domaine de l'action publique, avec la création 50% du parc hospitalier français en seulement quinze ans (Pierru, 1999). La loi du 31 décembre 1970 définit la notion de service public hospitalier ainsi que l'ensemble des missions d'intérêt général dévolues aux hôpitaux : accès équitable, traitement juste, continuité du service public sont les principes directeurs du fonctionnement du service public hospitalier. De même, la loi promulguée le 31 juillet 1991 a mis en place des programmes régionaux d'organisation sanitaire et des alternatives à l'hospitalisation. Elle a apporté des améliorations significatives en matière de planification sanitaire, d'organisation hospitalière, d'administration hospitalière et d'interaction inter organisationnelle. L'ordonnance hospitalière n°96-346 du 24 avril 1996 (surnommée « *Plan Juppé* ») réformant l'hospitalisation publique et privée s'inscrit dans un processus de rationalisation et de renforcement de l'administration du secteur de la santé par la mise en place de nombreux organismes de tutelle tels que l'ARH et l'ARS.

Selon Mazade (2013), le début du 21^{ème} siècle marquera également une nouvelle période d'accélération de la réforme de la santé publique dans le sillage de la Réforme Générale des Politiques Publiques (RGPP). Initiée dès août 2001 par l'introduction de la Loi Organique relatives aux Lois Finances (LOLF) visant une réduction du déficit budgétaire et une allocation plus responsable des fonds public.

Selon la littérature, l'effort du gouvernement pour réduire les dépenses hospitalières va favoriser la centralisation et la bureaucratie hospitalière. Les changements de la « *nouvelle gouvernance hospitalière* » et de la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 s'inscrivent évidemment dans cette logique de simplification du secteur hospitalier et inaugurent une nouvelle ère de « *modernisation* » des hôpitaux. Elles font écho à des changements connexes, notamment la réforme de l'Assurance maladie (loi n° 2004-810 du 13 août 2004), qui a modifié en profondeur le financement des hôpitaux.

1.2.3 Objectif et mission

L'hôpital, selon de Kervasdoué (2015), a « *plusieurs missions et plusieurs visages* ». L'article L. 6111-1 du code de la santé publique décrit ses responsabilités comme suit :

- Assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, en tenant compte des caractéristiques psychologiques du patient ;
- Participer aux actions de santé publique, et notamment à toutes les actions médico-sociales coordonnées et aux actions d'éducation et de prévention en matière de santé ;
- Participer à l'exécution du système de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, et organiser en son sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes ;
- Mener, au sein de l'hôpital, une réflexion sur les questions éthiques générées par l'accueil et les soins médicaux ;
- Mettre en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux conformément aux stipulations de la loi.

Il contribue également à :

- L'enseignement et à la recherche universitaires et postuniversitaires de type médical, odontologique et pharmaceutique ;
- La formation continue des praticiens hospitaliers et extrahospitaliers ;
- La recherche médicale, odontologique et pharmaceutique ;
- La formation initiale et continue des sage-femmes et des personnels paramédicaux, ainsi qu'à la recherche dans leurs domaines de compétence respectifs ;
- La médecine préventive et aux actions d'éducation pour la santé ;
- L'aide médicale d'urgence, en partenariat avec tous les acteurs concernés ;
- La lutte contre l'exclusion sociale, en lien avec tous les acteurs et notamment le monde associatif.

Les missions multiples et spécialisées des hôpitaux génèrent des attentes fondamentales parmi les nombreuses parties prenantes : patients, personnel soignant, établissements universitaires et gouvernements. La qualité du traitement et la sécurité sont les exigences les plus critiques pour les patients. En même temps, les patients s'attendent à être guidés dans leur choix de traitement et

à être correctement éduqués sur les spécificités de leur état de santé, dans le respect de leur dignité et de leurs droits.

L'implication des travailleurs de la santé dans les décisions de l'institution favorise le sentiment d'appartenance de ces derniers. La possibilité de travailler dans des conditions favorables, avec un nombre suffisant de personnes, des ressources matérielles appropriées, une structure logique et une gestion compétente, favorise l'efficacité des soins. Parmi les autres attentes importantes des professionnels figurent le développement et les compétences professionnelles, les incitations matérielles et immatérielles qui favorisent la reconnaissance, l'amélioration de leurs pratiques pour garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité, la préservation des valeurs et l'autorégulation professionnelle pour promouvoir leur autonomie. Pour l'université, l'hôpital est un lieu de recherche clinique et une source majeure de percées médicales et pharmaceutiques. Il sert de lieu d'enseignement pour les futurs médecins et le personnel paramédical. Les attentes des autorités de l'État portent sur l'utilisation logique des ressources et l'exécution du programme de santé.

1.2.4 Particularités du contexte hospitalier

Selon Mintzberg (1982), l'hôpital peut être considéré comme une bureaucratie professionnelle. Il rejoint en cela les auteurs anglo-saxons qui considéraient l'hôpital comme « *le lieu de travail du médecin* » (Pauly & Redisch, 1973). Cette entité juridique distincte est structurée hiérarchiquement. Ses méthodes sont explicitées et les références sont appropriées. Or, la légitimité découle du savoir, et les médecins sont indépendants dans l'exercice de leur profession ; ils ne dépendent d'aucune hiérarchie, pas même du directeur de l'hôpital ou du conseil d'administration (de Kervasdoué, 2015). Légalement, « le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art ». (art. 6143-7 du Code de la santé publique). En d'autres termes, ses responsabilités sont comparables à celles des dirigeants d'établissements d'autres secteurs d'activité. Selon Thévenot et Boltanski (1991), l'hôpital est une organisation « *composite* » dans laquelle coexistent plusieurs « *mondes* » : le monde médical, d'une part, car l'hôpital reste « *le royaume des médecins* », et le monde bureaucratique, auquel participent les acteurs politiques et économiques. À cet égard, l'hôpital est un exemple quasi parfait et prototypique d'une organisation complexe qui « *partage de nombreux principes de rationalisation* » (Belorgey, 2016). Le système hospitalier est structuré à la différence des

organisations « *traditionnelles* »(comme les entreprises industrielles ou de services). Il se distingue par :

- **L'hétérogénéité** : elle résulte du fonctionnement de l'établissement qui englobe une grande diversité de métiers (Moisdon & Tonneau, 1999). Nous distinguons les activités de soins, telles que la chirurgie, l'anesthésie, les soins infirmiers et la radiologie, des activités logistiques, telles que la restauration.
- **Le professionnalisme** : la fonction première des établissements est l'exercice de la médecine (Moisdon & Tonneau, 1999). Chaque médecin est conscient de ses devoirs, non pas en raison d'une directive ou d'un service technique, mais grâce à un apprentissage constant. Dans la majorité des établissements de santé, notamment privés, les médecins sont responsables. Même si cela est souvent conflictuel, l'organisation doit tenir compte de leurs désirs et de leurs limites.
- **Une présence importante de l'élément humain** : le produit de ces institutions, « *le patient* », est une ressource fondamentale et essentielle. Les patients constituent le principal trafic dans un hôpital. Être prédéfinie de manière certaine en raison de la nature aléatoire de ces flux. En effet, les thérapies qu'un patient doit recevoir sont prédéterminées, mais leur type et leur ordre ne peuvent être validés que lorsque les patients eux-mêmes progressent dans le système (Jebali *et al.*, 2004). Par conséquent, Combes (1994) considère chaque patient hospitalisé comme une entité distincte.
- **Une structure complexe** : sur deux niveaux
 - D'un point de vue pratique, un hôpital n'est pas seulement un lieu de traitement, mais aussi un hôtel et un restaurant. Il s'agit de services et d'activités qui s'ajoutent aux fonctions de soins. Il est typique que l'hôpital public soit le principal emploi de la communauté.
 - D'un point de vue sociologique, un hôpital rassemble une variété de populations aux circonstances et aux intérêts très variés. Si l'on ajoute à cela le fait que chaque hôpital public, du plus petit au plus grand, remplit un rôle de service public au sens le plus complet du terme, il devient évident que la direction et la gestion d'un hôpital moderne n'est pas une mission simple.
- **Une structure hiérarchique** : à la tête de l'organisation se trouve la direction générale. Ensuite, il y a les services administratifs, les services de soins et de consultation et le plateau médico-technique. En réalité, seule la structure de l'organisation est hiérarchisée, tandis que

la répartition de l'autorité n'est pas hiérarchisée au sens traditionnel du terme. A ce titre différents choix peuvent être faits sans référence à un niveau hiérarchique supérieur.

1.2.5 Contraintes et complexité du système hospitalier

En raison de la diversité de ses objectifs, l'hôpital est confronté à d'importants problèmes externes et internes. Au niveau interne, par exemple, la gouvernance de cette organisation est fracturée. Selon Panel (2007), « *la séparation des pouvoirs n'est pas claire* ». Il est difficile de déterminer qui est responsable du bon (ou du mauvais) fonctionnement d'une institution de santé publique. Ainsi, le directeur de l'hôpital n'est parfois qu'une courroie de transmission des choix ministériels, tandis que le maire préside le conseil d'administration sans être le financier de l'établissement ni même son véritable décideur.

Molinié (2005) note que, depuis le statut de 1941, le pouvoir du directeur n'a cessé de s'accroître au détriment du conseil d'administration. Or, les processus de décision sont nombreux et complexes et peuvent donc être à l'origine de dysfonctionnements. Il existe aujourd'hui trois circuits de décision : les administrateurs, les directeurs et les médecins. En ce qui concerne les restrictions externes, Molinié (2005) identifie deux obstacles principaux, notamment l'environnement sanitaire et social de l'hôpital public ainsi que la lourdeur administrative et réglementaire.

1.2.5.1. L'environnement sanitaire et social de l'hôpital public

L'hôpital public est aujourd'hui moins « *replié sur lui-même* » qu'hier. Historiquement, les relations au sein du système hospitalier d'une région se sont construites sur une logique de concurrence entre les établissements publics et privés et, sans souci de coopération inter-hospitalière au sein du secteur public. L'hôpital public n'a pas encore développé des liens suffisants avec les établissements de santé qui l'entourent.

1.2.5.2. La lourdeur administrative et réglementaire

Le fonctionnement administratif hyper centralisé de l'hôpital public entraîne une prolifération de documents divers et souvent contradictoires (décrets, circulaires, instructions, etc.), qui rigidifient

l'organisation et empêchent tout style de gestion fondé sur l'adhésion des cadres et des employés. L'hôpital est régi par 43 familles de règlements distinctes, la majorité de ses règles d'organisation étant déterminées par la loi et non par son règlement intérieur. Lorsqu'ils existent, ces règlements internes ne font que reprendre les grandes normes établies par le ministère de la santé et ne sont pas en mesure de tenir compte des particularités locales de chaque établissement. La procédure d'achat et d'investissement est, selon Molinié (2005), une illustration de cette complexité : la structure lourde du code des marchés publics et des procédures d'investissement entraîne un délai d'environ dix-huit mois entre une décision d'investissement et son exécution. En revanche, le renforcement des réglementations en matière de sécurité se traduira à terme par une évolution vers des plateformes technologiques de plus en plus médicalisées et coûteuses ; la complexité des procédures d'investissement vient également s'ajouter à cette dépense. Dans un climat de progrès technologique rapide, le temps nécessaire à la réalisation d'une tâche peut également rendre le choix de l'équipement obsolète. Dans sa thèse, Jlassi (2009) a identifié deux limites qui doivent également être prises en compte. La première étant économique et budgétaire, tandis que la seconde est typiquement contextuelle.

Contrainte économique et budgétaire. Étant donné l'importance de la santé dans les préoccupations des citoyens, il n'est pas surprenant que le système de soins de santé suscite plusieurs questions et études. La tendance à l'augmentation des dépenses de santé semble « inexorable », mais elle ne doit pas être évaluée négativement car elle est « corrélée à la croissance de la richesse ». Pour Mattéi (2002), elle exige une diminution des gaspillages et un engagement dans un processus conduisant à une plus grande responsabilisation des acteurs, à la promotion de la qualité dans la délivrance des soins et au développement de la prévention (Beckhard, 1969).

Actuellement, les hôpitaux privés et publics sont confrontés à des difficultés fiscales. Cette limitation fiscale met en évidence le sujet de l'allocation des ressources et, par conséquent, de leur utilisation, qui est cruciale, ainsi que la question de la rentabilité des hôpitaux. Tous ces problèmes mettent en lumière la question du sens de l'action qui doit être reformulée. Dans ce contexte de rigueur budgétaire, un examen de l'organisation actuelle apparaît comme une nécessité pour toute action. En effet, tous les établissements de santé sont confrontés à un environnement changeant et à de nouvelles attentes. Afin de satisfaire ces besoins, les hôpitaux doivent anticiper l'introduction de nouvelles solutions et s'adapter en permanence. L'évaluation apparaît comme une

méthode permettant d'identifier ces nouveaux besoins et la capacité des établissements à apporter des réponses adaptées.

Contrainte contextuelle. Les principaux changements environnementaux qui affectent les organismes de santé sont les suivants :

- **Les exigences des patients en matière de santé sont en constante évolution.** Les hôpitaux doivent continuellement modifier leurs missions pour répondre aux demandes (nouvelles maladies, augmentation de l'espérance de vie et nouveaux besoins liés aux « *tendances culturelles actuelles* »)(Beretz, 2000). La précision, la spécificité et l'individualisation croissantes des demandes des clients modifient les points de vue des organisations. L'évaluation apparaît comme une méthode permettant de déterminer quelles sont les normes, de vérifier que les institutions les satisfont et, si ce n'est pas le cas, de définir la marge de manœuvre des institutions pour y parvenir. Par ailleurs le patient s'est émancipé d'un sujet passif, il est devenu acteur de son traitement (Bordeloup, 1996), ce qui a donné naissance à de nouveaux comportements et de nouvelles attentes. Ces caractéristiques sont représentées dans le nomadisme médical, le manque de loyauté envers un médecin ou une institution et, un besoin accru de connaissances qui influenceront leurs décisions. Dans la même logique le consumérisme médical évolue de plusieurs façons, notamment par la formation de groupes de patients, la publication d'articles de magazines classant les établissements de soins de santé et l'augmentation des poursuites judiciaires liées à la médecine.
- **Une intensification de la rivalité au sein du système de santé.** Le système de santé a rejoint un cadre de concurrence non seulement national mais aussi international. On assiste à une recrudescence de la concurrence hospitalière : le patient n'est plus pris en otage. Il a désormais le choix entre les nombreuses structures de soins. Chaque établissement est un agent du système, il n'a pas l'exclusivité des activités qu'il propose. De plus, les alternatives à l'hospitalisation que sont la médecine ambulatoire, les structures ambulatoires et les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) contribuent à l'environnement concurrentiel. Si la concurrence est variée, toutes les activités ne sont pas exposées au même niveau d'intensité. Différents aspects, tels que le coût, la qualité, les délais, l'efficacité et l'efficience, sont mis en avant dans ce « *jeu de concurrence* ». Dans le cadre d'une concurrence « *encadrée* », la qualité devient un aspect important, notamment lorsque l'offre dépasse la demande (Bernoux, 2014). Pour prendre sa décision, le patient exige aujourd'hui d'être informé sur les aspects « *concrets* » du traitement et de sa structure. On assiste donc à une

véritable rivalité en matière de qualité : l'évaluation est indispensable pour aider les établissements à s'améliorer dans ce domaine, ainsi que pour informer les patients du niveau de qualité atteint.

- **Les innovations technologiques sont rapides et continues.** Les hôpitaux doivent toujours s'adapter aux avancées scientifiques et technologiques de la médecine afin de rester compétitifs. Néanmoins, le développement d'une activité ne doit pas se faire au détriment d'une ou plusieurs autres ; il doit donc être évalué sur la base de critères définis. Il est crucial de garantir que les coûts liés à l'acquisition et à l'exploitation d'une nouvelle technologie sont couverts et rentables. En outre, il est essentiel de confirmer que cette technologie, qui modifie les activités existantes, produit des bénéfices pour la santé et d'évaluer ses avantages.
- **Les réformes du système de santé d'un pays sont des processus de changement qui visent à améliorer le système de santé.** Berman (1995) définit la réforme des soins de santé comme suit : « *Le secteur de la santé nécessite une transformation continue et décisive pour accroître son efficacité, son égalité et son efficience* ». Selon Saltman et Figueras (1997), la réforme de la santé est « *un processus qui implique un changement institutionnel et structurel profond, soutenu par le gouvernement, pour atteindre un ensemble d'objectifs politiques spécifiés* ». Une réforme significative doit être structurelle, ciblée (plutôt qu'aléatoire), soutenue sur le long terme (plutôt que rapide), et relever d'un processus politique déployé vers les niveaux opérationnels et soutenu politiquement aux niveaux : national, régional ou local.

1.3 Les réformes du système de santé

Quelle que soit sa conception, une réforme correspond toujours à un processus de changement et mobilise nécessairement un engagement politique. Les réformes de santé s'inscrivent donc dans une logique de transformation des systèmes de santé. L'actualisation des objectifs ou l'augmentation des ressources, à elles seules, ne suffisent pas pour parler de réforme. Une réforme a besoin d'un changement qui touche aussi bien les institutions existantes, les structures organisationnelles et les systèmes de management. Elle se rapporte donc, comme le précise Cassels (1995), à une redéfinition des priorités et des politiques et à une réorganisation des institutions de support. Parmi les nombreuses raisons qui poussent les pays à mener des réformes, les principales concernent (Berman, 1995) :

- La maîtrise de l'augmentation des demandes de soins (nouvelles maladies et pathologie, augmentation de la complexité et de l'incertitude),
- Le contrôle des dépenses de santé qui ne cessent de croître (équipement médical, produits pharmaceutiques, etc.),
- La maîtrise des processus de gestion et l'amélioration de la performance des établissements de soins afin de fournir aux usagers des soins de qualité et assurer leur sécurité.

1.3.1 Historique et contenu des réformes du système de santé français

Depuis 1991, différentes lois relatives au système de santé français ont été adoptées. Elles concernent : d'une part, le financement de la sécurité sociale et, d'autre part, l'organisation de la politique de santé, la gouvernance des hôpitaux, la qualité du service et la sécurité des patients. La chronologie qui suit en offre un aperçu.

- 1970 - Loi Boulin. Instauration de la carte sanitaire et de la notion de "service public hospitalier" (*loi n°70-1318 du 31 décembre 1970*).
- 1991 - Loi Evin-Durieux. Renforcement de la planification sanitaire avec la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et des conférences sanitaires de secteur, instauration du projet d'établissement (*loi n° 91-748 du 31 juillet 1991*).
- 1996 - Mesures Juppé. Mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale (*ordonnance no 96-50 du 24 janvier 1996*) et création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), mise en place d'une politique d'accréditation conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), développement de la contractualisation avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre ARH et établissements (*ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996*).
- 1999 - Loi sur la Couverture maladie universelle (CMU). Création d'une CMU de base et d'une CMU complémentaire pour favoriser l'accès aux soins des plus démunis, lancement d'une expérimentation de nouveaux modes de financement des établissements de santé basés sur une tarification à la pathologie (*loi n° 99-641 du 27 juillet 1999*).
- 2002 - Loi Kouchner. Renforcement des droits à l'information et au consentement du malade, participation accrue de l'utilisateur du système de santé, instauration d'un droit à indemnisation pour les victimes d'accidents médicaux (*loi n° 2002-303 du 4 mars 2002*).

- 2003 - Plan Mattei. Dans le cadre de la mise en œuvre du plan « Hôpital2007 », simplification des outils de planification et du régime des autorisations (suppression de la carte sanitaire, mise en place des territoires de santé), développement des investissements immobiliers (bail emphytéotique, partenariat public-privé) (*ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003*).
- 2003 – T2A. Organisation du passage progressif à la tarification à l'activité de l'ensemble des établissements de santé publics et privés remplaçant le budget global qui stipule que chaque établissement reçoit une dotation globale dont le montant est fixé par l'ARH (agence régionale de l'hospitalisation), en fonction d'une sous-enveloppe nationale de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) répartie entre régions par le gouvernement. Avant la création des ARH en 1996, le montant de la dotation globale était fixé par le préfet (*loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003*).
- 2004 - Loi Douste-Blazy. Réforme du parcours de soins avec l'introduction du médecin traitant, instauration du dossier médical personnel (DMP) et d'une procédure d'accréditation des médecins, mise en place de nouvelles instances nationales de pilotage (Haute Autorité de Santé, missions régionales de santé) (*loi n° 2004-810 du 13 août 2004*).
- 2005 - Nouvelle gouvernance. Mise en place d'une nouvelle organisation hospitalière Anderson : création des pôles d'activité cliniques et médicotechniques, modification de la composition et de l'attribution du conseil d'administration, installation d'un conseil exécutif (*ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005*).
- 2009 - Loi HPST. Création des Agences régionales de santé (ARS) et refonte de la gouvernance hospitalière (renforcement du rôle du directeur, remplacements du conseil exécutif par un directoire et du conseil d'administration par un conseil de surveillance, ...), suppression de la notion de service public hospitalier, mise en place des communautés hospitalières de territoire (*loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009*).
- 2016 - Loi LMSS. Introduction du paquet de cigarettes neutre et de la généralisation du tiers-payant, remaniement du projet régional de santé avec la mise en place d'un schéma régional de santé unique, réintroduction de la notion de service public hospitalier, remplacement des communautés hospitalières de territoire par des groupements hospitaliers de territoire (*loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016*).
- 2019 - Mesures relatives à l'organisation et à la transformation du système de santé par le développement d'une offre hospitalière de proximité, la création des CPT (Communautés Professionnelles de Territoire), la création du Projet Territorial de Santé (PTS) et le

renforcement des groupements hospitaliers de territoire avec obligation des commissions médicales de groupement (*loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019*).

- 2020 - Plan Ségur de la santé. Contribution à l'attrait, à la dignité et à l'amélioration des salaires des professionnels des services d'accompagnement et d'aide à domicile, conformément aux points 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (*loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 - article 47*).
- 2021 - Amélioration du système de santé par la confiance et la simplification, portant notamment sur la gouvernance hospitalière, le management et la lutte contre l'intérim à l'hôpital (*loi n° 2021-502 du 26 avril 2021*).
- 2022 - Stratégie ma santé. Projet qui vise à rassembler les soignants en ville et les soignants à l'hôpital autour de projets de santé adaptés aux besoins des citoyens grâce au numérique consistant à dématérialiser les prescriptions et développer la télémédecine pour les médecins et le télé-soin pour les professionnels paramédicaux.

Les réformes dans le secteur des établissements de santé ont été nombreuses et la plupart ont été structurelles. Elles ont eu des impacts très larges : financiers, organisationnels et humains. Cela implique que les parties prenantes (États, professionnel de santé, financeurs) doivent entrer en interaction afin de mener à bien ces réformes et mettre à disposition des citoyens un système de santé adapté à leurs exigences.

1.3.2 Les réformes du système de santé marocain

En premier lieu, il nous est apparu pertinent de commencer par étudier le modèle français en raison de la proximité culturelle et administrative des deux pays. En effet, en raison de l'histoire liant les deux pays, énormément de mécanismes institutionnels appliqués au Maroc sont inspirés du modèle français. Il nous a donc semblé judicieux d'évaluer le système de santé d'un pays qui ressemble ou ressemblera tant à celui où se situe notre étude. L'objectif visait à élargir notre vision, à enrichir notre compréhension, et à fournir de nouvelles perspectives pertinentes à notre étude. Étant donné que l'étude rapportée ici a été menée dans un établissement de santé marocain, cette partie se concentre sur les réformes importantes du système de santé au Maroc.

Le Ministère de la Santé marocain a préparé un plan sectoriel basé sur sept points dans le cadre de la croissance économique et sociale (2000-2004), qui sont énumérés au niveau du rapport établi par la direction de la planification et des ressources financière (1999) de la façon suivante :

- **Intensification des activités de promotion** de la santé, de prévention et de lutte contre les maladies;
- **Mise en place d'une offre de soins équilibrée et intégrée** ainsi que sa répartition équitable sur l'ensemble du territoire ;
- **Renforcement de la déconcentration et de la décentralisation** avec la mise en place des structures régionales de santé ;
- **Valorisation des ressources humaines ;**
- **Amélioration de la qualité des soins ;**
- **Amélioration du management des services de santé** avec un accent particulier mis sur la réforme hospitalière ;
- **Renforcement des mécanismes de financement** de la santé suffisant et stable.

Cette stratégie sectorielle constitue le cadre politique et budgétaire de la réforme du système de santé. Cette réforme est appuyée par deux projets sectoriels : le projet de financement et de gestion du secteur de la santé (PFGSS) qui est financé par un prêt de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement et le Projet d'Appui à la Gestion du Secteur de la Santé (PAGSS) qui correspond à un don de la Commission Européenne. Elle repose sur quatre composantes essentielles (Organisation Mondiale de la Santé, 2004) :

- La réforme du financement qui vise l'amélioration du financement de la santé par la mise en place de deux nouveaux mécanismes de financement, l'assurance maladie obligatoire (AMO) et le régime d'assistance médicale (RAMED) ;
- La réforme hospitalière qui est un préalable à la réforme du financement et qui vise la modernisation des hôpitaux publics (non CHU) et le renforcement de leur autonomie de gestion ;
- Le renforcement institutionnel qui vise à assurer le succès des deux réformes précédentes par le renforcement de la capacité du ministère de la santé dans la formulation des politiques et l'encadrement juridique du système de santé ;
- L'organisation de l'offre et l'équilibrage de la filière de soins : cet axe, mis en œuvre essentiellement dans le cadre du projet PAGSS, vise l'amélioration de la régulation de l'offre à travers la mise en place et le développement de critères d'allocation de ressources et d'outils de planification de l'offre de soins.

La réforme du système national de santé marocain concerne les activités essentielles d'un système de santé, notamment le financement, la gestion et l'administration, la production de soins et la

réglementation. La stratégie de développement du secteur proposée par le ministère de la santé pour la période 2012-2016 est composée de sept domaines d'intervention :

- L'amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services ;
- Le renforcement de la santé de la mère et de l'enfant ;
- La promotion de la santé des populations à besoins spécifiques ;
- Le renforcement de la surveillance épidémiologique et développement des vigilances sanitaires ;
- Le développement du contrôle des maladies non transmissibles ;
- Le développement et maîtrise des ressources stratégiques de la santé ;
- L'amélioration de la gouvernance du système de santé.

Il doit être rappelé que le développement des axes d'intervention de la réforme hospitalière(Organisation Mondiale de la Santé, 2004) est prévu selon :

- **Le développement de la planification stratégique :** Afin d'assurer une meilleure adéquation entre l'offre de soins et la demande de services par la population. La loi sur l'organisation de l'offre de soins au niveau national a été élaborée par le ministère de la santé. Elle est actuellement à l'étude au niveau du Secrétariat Général du Gouvernement.
- **L'amélioration de la gestion hospitalière :** La gestion hospitalière concerne toutes les ressources de l'hôpital. Il s'agit :
 - de renforcer l'autonomie des hôpitaux avec la création d'organes de gestion, selon le principe de la responsabilisation et de la reddition des comptes ;
 - d'introduire des outils modernes de gestion : facturation adéquate, système d'information intégré, budget-programme, contrôle interne de gestion, ...
- **L'amélioration de la qualité des soins et des services :** Le Programme National d'Assurance Qualité constitue le cadre stratégique pour l'amélioration de la qualité des soins, l'instauration de mécanismes de contrôle de la qualité et d'évaluation de la performance des services, ainsi que la mise en place d'un système d'accréditation basé sur la promotion de la compétitivité.

il ressort de l'analyse des différentes réformes du système de santé, que celles-ci concernent la structuration du parcours de soins, la rationalisation des dépenses sans oublier la maîtrise des processus de gestion indispensable à l'augmentation de la demande de soins (Berman 1995). En résumé, elles sont étroitement liées à la notion de performance puisqu'elles visent à améliorer l'efficacité, l'efficience, la qualité des soins et la satisfaction des patients, tout en optimisant

l'utilisation des ressources disponibles. Dans ce sens Berrada et al. (2023) soulignent que les différentes réformes du système de santé, les contraintes budgétaires et la rareté des ressources disponibles incitent les hôpitaux à évaluer et améliorer la performance. Dans le même sens, Bonvoisin (2011) établit le constat suivant : sans amélioration de **la performance** du système de santé l'hôpital ne peut pas supporter le rythme d'évolution.

Selon Domy *et al.* (2014), depuis les années 2000, les réformes hospitalières ont cherché à intégrer davantage l'économique et le médical et créer les conditions d'une prise en compte accrue de l'impact économique comme des pratiques médico-soignantes. L'objectif étant d'optimiser les performances de l'hôpital. Pourtant, cette notion de performance, vue sous l'angle du contexte hospitalier, demeure une notion complexe et difficile à cerner.

1.4 Émergence de la notion de performance hospitalière : premiers éléments de problématique

L'hôpital a su s'adapter aux nouvelles préoccupations sanitaires grâce aux réformes successives, mais pas dans la mesure souhaitée sur le plan économique et social. L'augmentation de la demande de soins et la variété des attentes, ainsi que la fragilité des systèmes de financement ont fait de la maîtrise des dépenses de santé une priorité absolue, tout comme l'amélioration et la facilité d'accès aux soins ont fait de l'organisation de la politique de santé et de la gouvernance hospitalière une nécessité. Ces différents défis ont été entrepris sans perdre de vue que la mission de l'hôpital est de fournir aux patients des soins sûrs et de qualité. Le système de santé a donc trois responsabilités : établir une répartition territoriale cohérente, répondre aux besoins de la population et maîtriser les dépenses de santé. En ce qui concerne l'élément financier, l'application d'équations économiques à la production de soins semble gagner en popularité. Cela a commencé avec la mise en place de la Tarification A l'Activité (T2A) en France, qui a remplacé le budget mondial. L'un des objectifs de la T2A était de relancer la gouvernance des établissements de santé en responsabilisant les acteurs par un financement à l'activité et en les mettant en concurrence (Garrot *et al.*, 2015).

Comme nous l'avons vu, plusieurs acteurs sont impliqués dans ce système décentralisé : (1) le gouvernement, responsable de la politique de santé ; (2) les régions qui gèrent les centres de santé locaux et, (3) l'assurance maladie obligatoire (AMO), mise en place en 1945, qui devait répondre aux exigences des réformes financières, sociales et structurelles. Selon Oganessian (2016), « *la législation ne prévoit pas de contrôle centralisé de type Tarification à l'Activité (T2A), ce qui est une bonne chose* ». Cela est bénéfique puisque la seule possibilité pour les établissements d'équilibrer leur budget est d'augmenter le volume d'activités qu'ils produisent, dans le cadre d'un budget globalement restreint. Cette activité sera donc à terme « *sous-évaluée par une baisse des tarifs* ». Bien que de la T2A présente des avantages elle souffre de multiples critiques. Devant le renforcement constant des outils de contrôle du résultat et de gestion, le médical paraît progressivement tiré vers l'économique entraînant, par voie de conséquence, une remise en question des valeurs fondatrices du service public hospitalier impliquant l'accès à des soins de qualité pour tous et dans les mêmes délais. Associant les recettes perçues à l'activité réalisée en termes de séjours, et dans une approche de réduction globale annuelle des tarifs, la T2A paraît désormais modifier profondément les comportements des professionnels de santé. Les médecins sont pris dans de redoutables conflits de rôles opposant le médecin efficace au bon gestionnaire maîtrisant son résultat comptable, comme le soulignent Georgescu *et al.* (2013). De même. Angelé-Halgand et Garrot (2014) soulignent que la T2A et ses dérivés inflationnistes offrent une illustration des incitations à surexploiter les ressources que sont les financements collectifs dédiés à la santé.

La T2A semble acquérir l'une des caractéristiques bien connues d'un PPS (Prospective Payment System), à savoir son caractère inflationniste, par la course à l'activité dans laquelle elle pousse les établissements (Garrot *et al.*, 2015). Kaplan et Porter (2011) avancent que les systèmes actuels de management de la santé particulièrement la *tarification à l'activité* ne contribuent pas à freiner la hausse des coûts en engendrant des subventions croisées, ce qui pénalise les structures performantes au détriment des autres structures.

La thèse défendue par Kaplan et Porter (2011), est objet de consensus au sein de la communauté scientifique « *Ce qui n'est pas mesuré est difficilement gérable ou améliorable* » Domingo *et al.*, 2018). Cette thèse de Kaplan et Porter est partagée par d'autres auteurs qui avancent dans ce cadre, que la tarification à l'activité (T2A) ne peut remplir ses objectifs des dépenses de santé. Cette approche à leur sens, contribue à l'émergence des déviations constatées au niveau du système

de santé notamment le surcodage et les pratiques d'actes médicaux non nécessaires dans le but de maximiser les remboursements.

Domingo *et al.* (2018), affirment de ce fait, que le T2A s'appuie sur un mécanisme à « l'échelle nationale des coûts à la méthodologie commune ». Cette méthode est très critiquée en raison des difficultés à allouer les charges de manière convenable Domingo *et al.* (2018). Par conséquent, les auteurs préconisent le recours à la méthode Activity Based Costing (ABC).

Cette compétition pour l'activité ne favorise pas la coopération que plusieurs experts appellent de leurs vœux. Selon les nouvelles organisations et architectures hospitalières du ministère français de la santé et des solidarités, la médecine moderne a connu des changements importants, notamment en raison des avancées scientifiques et techniques. Des changements ont également été apportés à la forme et à la durée de l'hospitalisation, ainsi qu'à la manière dont les patients sont pris en charge. Pour comprendre l'administration hospitalière, il faut comprendre la division du travail médical. Comme nous le verrons, presque chaque patient requiert l'expertise de nombreuses spécialités. En France, par exemple, le législateur réformateur a tenté de prendre en compte cette réalité et a renforcé la structure de la prise en charge médicale au sein de pôles hospitaliers. Ainsi, les hôpitaux sont organisés en pôles d'activité. Toutefois, l'unité historique, le service, peut continuer à exister si les normes internes de l'établissement le déterminent.

Le contrat de pôle définit pour une période de quatre ans le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle, permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants :

- Dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents, de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- Dépenses à caractère hôtelier ;
- Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;
- Dépenses de formation du personnel.

Le contrat de pôle précise également le rôle du chef de pôle dans la gestion des ressources humaines. Le projet de pôle définit les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

1.4.1 Notion de performance

Il en ressort que le secteur hospitalier doit répondre à une performance globale qui est, par nature, multidimensionnelle. En plus de l'efficacité clinique, l'hôpital doit également atteindre des objectifs d'efficience à savoir :

- L'utilisation optimale des ressources,
- La productivité,
- L'adéquation des services,
- L'équité et la sécurité des soins afin d'assurer la confiance des patients,
- La satisfaction du patient par la disponibilité et l'accessibilité aux soins.

De nombreux pays cherchent à concevoir et à évaluer la performance des hôpitaux avec des objectifs de réduction des coûts, de gestion interne des établissements ou de régulation institutionnelle, de compétitivité entre les établissements de santé, mais aussi pour améliorer la qualité du service fourni aux usagers. Afin de mesurer la performance, divers indicateurs ont été mis en place. Les sciences de gestion contribuent à la construction de ces indicateurs, qui s'appuient sur une variété d'instruments d'évaluation. Intégrant les notions de satisfaction et de confiance du patient, aucun modèle répondant aux nombreuses caractéristiques de la performance hospitalière n'a encore été conçu et généralisé à l'ensemble du système hospitalier.

Les États doivent améliorer la performance de leurs hôpitaux s'ils souhaitent offrir aux patients du XXI^e siècle d'excellents traitements et un rapport coût-efficacité substantiel. En effet, la performance devient un mode de gestion incontournable au niveau hospitalier (Gagnard, 2006) et implique l'optimisation des trois critères que sont le coût, la qualité et le temps en réponse à des usagers exigeants, à un développement technologique accru et à des ressources financières et humaines limitées, ainsi que la prise en compte de la mission spécifique des structures hospitalières. De plus, l'hôpital est caractérisé par un dualisme organisationnel qui oppose fréquemment la vision des soignants à celle de la direction (Belghiti Alaoui, 2005a), ce qui rend difficile le contrôle de la performance.

1.4.2 Problématique

Bonvoisin (2011) a déclaré que le secteur de la santé ne pourra pas supporter le rythme d'évolution de ses dépenses à moyen et long terme sans améliorer la performance de son système. Selon

l'OCDE, l'évolution de ces dépenses, plus rapide que celle de l'économie dans son ensemble, posera des difficultés aux budgets publics. Ces difficultés coïncideront avec le vieillissement de la population, qui aura des effets sur le financement des soins de santé, posant la question de la viabilité des systèmes de soins de santé, ou du moins de la préservation de leur qualité fondamentale (OCDE, 2004). Par conséquent, les soins de santé font désormais l'objet d'un examen de leur niveau de performance (qui concerne le contexte économique et financier de ces soins ainsi que l'amélioration continue de la qualité des soins) (Arah *et al.*, 2003). Cela renforce d'avantage l'explication du lien étroit entre la performance et l'ensembles des réformes menées sur le système de santé, en mettant particulièrement en avant la place accordée aux parcours de soins au sein de ces réformes. À la lumière de ce qui précède, notre problématique s'inscrit dans un contexte lié à l'évaluation de la performance, plus particulièrement une évaluation par l'étude de parcours de soins. Par conséquent la question de recherche se pose ainsi :

Comment la performance hospitalière peut-elle être mesurée par l'étude des parcours des patients au sein de l'hôpital et quelle méthodologie de mesure de cette performance est la plus appropriée ?

Dans cette optique, nous présentons une nouvelle approche des méthodes d'évaluation de la performance des hôpitaux. En effet, les parcours de soins et leur modélisation sont pertinents dans le contexte de la formalisation et de la rationalisation des activités de santé, Dans ce contexte spécifique, nous allons nous concentrer sur le niveau opérationnel, et plus particulièrement sur les parcours hospitaliers. Nous avons choisi la méthodologie de l'étude de cas, en particulier le cas de l'hôpital Cheikh Zaïd de Rabat.

Pour notre recherche nous avons mobilisé l'**approche expérimentale** basée sur nos connaissances opérationnelles. Etant donné que nous avons occupé le poste de direction de contrôle de gestion depuis plus de 4 ans ou nous avons l'appui et l'accès à toutes les données nécessaires afin de mener à bien notre recherche. Pour répondre à notre problématique, nous avons effectué une revue de littérature sur la notion de la performance. Cette démarche vise à établir un cadre conceptuel solide, permettant ainsi d'appréhender ce concept qui sera exposé dans le futur chapitre.

1.5 Conclusion

L'analyse de la situation actuelle, qui vise à encourager une pratique hospitalière optimale, peut susciter des sentiments de découragement chez ceux qui la trouvent convaincante en totalité ou en

partie. Même la disponibilité de bonnes preuves empirique n'entraînera pas, à elle seule, des changements appropriés dans la pratique hospitalière. Bien que les normes ou les directives du système de santé soient un élément nécessaire à l'identification et à l'établissement des priorités parmi les interventions, leur élaboration laisse à désirer et, de nombreux domaines ne sont pas abordés de manière adéquate par les directives. Les pratiques éducatives semblent n'apporter au mieux que de petits changements dans la réalité et les pratiques financières et organisationnelles semblent être des outils émoussés pour parvenir au changement. La disponibilité croissante d'évaluation bien conçue de l'efficacité et du rapport coût-efficacité des hôpitaux contribuera grandement à clarifier quelles sont les règles importantes. En outre, la prise de conscience de l'existence d'un problème dans de nombreux systèmes de santé se traduira par des progrès, par le biais de nombreuses étapes incrémentielles, pour faire en sorte que les pratiques importantes deviennent une partie intégrante de la pratique hospitalière. Les hôpitaux constituent le cadre de soins de santé dans lequel les patients sont les plus malades et le taux d'événements indésirables est le plus élevé, et les taux de mortalité spécifiques aux hôpitaux et d'autres résultats critiques pour les patients varient considérablement. Une littérature considérable s'est développée sur les déterminants de la mortalité hospitalière et d'autres résultats négatifs pour les patients. Une grande partie de cette littérature se concentre sur la manière de séparer empiriquement les composantes de la variation des résultats, causées des dimensions manipulables de l'organisation hospitalière. Les études sur la qualité et la performance hospitalière axées sur les attributs ou caractéristiques institutionnels examinent généralement de nombreux corrélats organisationnels. La plupart sont des caractéristiques macro-structurelles telles que la taille de l'hôpital, son emplacement, son statut d'établissement d'enseignement et son statut de propriété (public, privé à but non lucratif ou privé à but lucratif). Les corrélats liés aux ressources généralement étudiés comprennent la dotation en personnel infirmier, la disponibilité de la technologie et les qualifications des médecins.

Le chapitre suivant examine l'ensemble de ces variables avec un focus particulier sur le concept de la performance globale de l'hôpital ainsi que sur la question de l'évaluation des coûts, car cette dernière revêt plusieurs aspects et met en avant des configurations reprises par la littérature de gestion. Salgado, (2013) considère que la performance est un mot-valise, un concept multidimensionnel et ne prend sens que dans le contexte où il est employé. A partir d'une revue de littérature qui relève de la performance organisationnelle en sciences de gestion, l'auteur tente de proposer une démarche pour explorer et exploiter en permanence les ressources pour l'améliorer la performance.

Chapitre 2.

La performance

Si la compétence individuelle des hôpitaux reste importante, nombreux sont ceux qui considèrent que la capacité des systèmes organisationnels à prévenir les erreurs, à coordonner les soins entre les établissements et les praticiens, et à garantir que des informations pertinentes et précises sont disponibles en cas de besoin, sont des éléments essentiels pour fournir des soins de haute qualité et assurer un certain niveau de performance.

Ce chapitre se focalise sur la notion de performance et se consacre à la notion de performance telle qu'elle est appréhendée dans la littérature scientifique, en sciences de gestion et en génie industriel, en insistant sur sa signification, son évolution et ses outils de mesure. Cette approche nous permettra *in fine* de présenter les dimensions à intégrer pour la mesure ou l'appréciation de la performance dans un établissement de soins.

2.1. Appréhender le concept de performance

Le concept de la performance est polymorphe, Dos Santos *et al.* (2016) l'appréhende sous l'angle de Contrôle de gestion. En effet, le constat fait part d'une réalité qui met en avant deux éléments majeurs à savoir : la prégnance des budgets en premier lieu, et en second lieu, la mise en place d'un tableau de bord « *Peu enclin à favoriser la cohérence de management des performances économiques et médicales par les différents responsables ainsi qu'une bonne coopération interprofessionnelle* » (Dos Santos et al, 2016).

Comment caractériser la performance de « *l'entreprise* » ? Comme l'entreprise utilise des ressources (temps des personnes, capital, matériaux, espace, etc.) pour générer des services, la question est liée à la production nette de richesse (création moins destruction) d'un point de vue économique. La performance apparaît Ainsi comme un rapport, qui n'est pas nécessairement quantitatif, entre la valeur C des ressources utilisées (les « *coûts* » associés aux

opérations de l'entreprise) et la valeur V des services reçus (Lorino, 1995, 1997). Lorino, (2001) note que cette première approche de la performance est rarement suffisante pour lui donner une substance opérationnelle.

A supposer que la performance puisse se définir simplement comme ratio entre une mesure de la valeur produite et une mesure des ressources consommées (par exemple, la rentabilité d'un centre de profit), reste posée la question de l'horizon de temps : s'intéresse-t-on à la rentabilité de l'exercice, voire du trimestre, à la séquence de résultats des trois prochains exercices annuels, aux perspectives à cinq ou dix ans ? Plus l'on tourne son attention vers des horizons éloignés, moins les mesures comptables classiques permettent d'appréhender la performance, qui se rapproche d'un jugement qualitatif risqué sur l'aptitude de l'entreprise à dégager une rentabilité dans l'avenir, y compris par des innovations de rupture rendant tout raisonnement par extrapolation, voire par évaluation probabiliste d'une espérance de gain, insuffisant. La prise en compte d'horizons éloignés contraint, pour faire face à l'incertitude, à s'intéresser aux contenus techniques, culturels et cognitifs de l'activité, en sortant de l'inévitable circularité, la nature autoréférentielle (« l'avenir se déduit, d'une manière ou d'une autre, des trajectoires passées ») des modèles financiers.

De plus, dans la majorité des cas, le ratio « valeur-coût » n'a de sens qu'à un niveau organisationnel assez global, sur des unités significatives comme les divisions, les filiales et les succursales. Plus les unités opérationnelles sont petites, plus il est difficile, voire impossible, de réconcilier coûts et valeur : les différentes équipes de l'organisation consomment des ressources pour contribuer à une création de valeur qui n'est visible ailleurs, et parfois très loin dans l'organisation, que lorsque leur contribution est combinée à une multitude d'autres contributions. Ainsi, le département de la formation investit dans l'acquisition de nouvelles compétences qui contribueront à la qualité des biens en production, à la qualité du service dans les réseaux de vente, à la capacité d'innover en R&D, à la capacité de gérer la substance juridique des obligations contractuelles, etc...

La définition de la performance comme un couple valeur-coût soulève la question **de son opérationnalisation** : comment la décliner en termes tangibles pour servir de base aux critères de décision et aux techniques de gestion dans les activités quotidiennes des acteurs de l'entreprise ? Il est souvent difficile de répondre à des questions telles que : « *Comment le réseau de vente doit-il se comporter dans les N prochaines années pour optimiser la création de valeur ? L'entreprise doit-elle privilégier le maintien des clients existants ? Gagner de*

nouveaux clients à la périphérie de sa clientèle actuelle ? Développer de nouveaux marchés ? Abandonner les clients les moins rentables ? » C'est pourquoi la gestion concrète des opérations nécessite fréquemment de traduire le couple « valeur-coût » de la performance économique en objectifs plus concrets, tels que : « *la maximisation de la création de valeur dans les N prochaines années passe par : l'innovation produit et le renouvellement rapide de la gamme, l'entrée sur le marché asiatique, le recours accru aux formes indirectes de distribution, le développement du conseil client, etc.* ». Dans ce cas, la poursuite de la réussite économique est « médiatisée » par la détermination exacte, explicite et concrète d'objectifs stratégiques, considérés comme des « voies royales » vers la prospérité future. Il n'existe pas de définition plus « objective, universelle ou positive » de la performance que « l'atteinte des objectifs stratégiques » (une définition qui dépend des choix subjectifs de la stratégie) et, par extension, « tout ce qui contribue à l'atteinte des objectifs stratégiques ». Si le renouvellement rapide de la gamme de produits est un objectif stratégique parce qu'il est considéré comme la plus grande voie vers la rentabilité future, alors la réduction des délais de développement est une performance puisqu'elle contribue au renouvellement **rapide** de la gamme de produits. Le degré d'originalité de chaque produit de la génération suivante est peut-être moins important en tant que mesure de performance, car l'objectif de maximiser l'innovation risque de retarder la livraison des nouveaux produits.

2.2. La notion de performance en sciences de gestion

L'évolution de l'environnement nécessite que les entreprises publiques et commerciales envisagent un nouveau style de gestion qui transcende la logique financière et technique du succès. La notion de performance est remise en cause par rapport aux mesures de rentabilité financière. Replacé au cœur des conflits de gestion, il est progressivement supplanté par le concept de performance globale.

Dans ce cadre, nous ne pouvons pas dissocier la performance de la notion de qualité. D'après Minvielle (2013), la qualité est un concept incontournable pour appréhender la notion de performance. La qualité selon l'auteur est une composante de la dimension « production de

soins », dans le milieu hospitalier, à côté d'autres dimensions en lien avec l'ouverture vers l'extérieur, la définition des objectifs ou le climat organisationnel.

Le même auteur évoque dans ce cadre, le rapport entre performance et efficacité et explicite le fait que la performance rejoint la notion d'efficacité technique en distinguant bien entre l'efficacité technique et l'efficacité allocative. En prenant ici, la posture de l'économiste, l'auteur avance que l'efficacité technique se conçoit comme « *L'optimisation d'un résultat des ressources constantes ou comme l'optimisation des ressources du résultat médical ou sanitaire constant de la part de la structure sanitaire* » (Minvielle, 2013).

En revanche, l'efficacité allocative d'après l'auteur, concerne le système de santé dans son ensemble, intégrant la question de coordination entre l'hôpital et le médecin de Ville ainsi que le système d'information. Cette approche semble pertinente selon la vision de l'auteur, qui considère que le lien serait fait entre qualité, efficacité et performance et ainsi, il valide le fait que le résultat de la fonction d'optimisation correspond bien en réalité à la qualité du service rendu : « *L'efficacité ou la performance peut dès lors s'entendre comme l'optimisation de la qualité en fonction des ressources allouées à qualité* ». (Girault et al 2015).

La performance n'est plus l'évaluation d'un écart entre un objectif et une réalisation, mais la recherche d'une capitalisation de l'expérience et d'un apprentissage perpétuel au sein d'une organisation en relation avec son environnement extérieure (Minvielle, 1996). Ceci nous amène à une définition plus précise du terme « *performance* ». Il est toutefois difficile de donner une définition claire et précise de ce concept puisque ses significations n'ont cessé d'évoluer depuis son introduction. Malgré la pléthore de littérature, il n'y a ni consensus ni unanimité sur la définition du concept ou ses méthodologies de mesure.

2.2.1. La performance : une notion floue

La littérature en sciences de gestion démontre que la performance est une notion polysémique, ambiguë, subjective, multidimensionnelle et dynamique. Dans ce cadre Wittgenstein et Issor (2010, 2017) avancent que la performance est un mot-valise, un concept flou et multidimensionnel qui ne prend de sens que dans le contexte dans lequel il est employé.

2.2.1.1. Polysémie

Pesqueux (2020) souligne que le caractère polysémique de la performance et l'absence de délimitation de ce concept, rendent sa mesure particulièrement difficile et ne doit pas se limiter à la mesure comparative entre la valeur des entrées (ressources) et la valeur des sorties (résultat).

Il faut garder à l'esprit que certaines expressions qui semblent simples et tangibles sont parfois difficiles à expliquer de manière directe. Par exemple, si nous prenons le terme « *jeu* », il est difficile d'identifier un trait partagé par tous les jeux (Wittgenstein, 2010). Par conséquent, l'idée de « *jeu* » est ambiguë. Néanmoins, il convient de souligner que la capacité à définir un terme n'est pas nécessairement liée à son usage. Selon cette logique, la performance est un terme très contextuel. C'est un mot compliqué, « *éponge* » ou « *mot-valeur* » (Gilbert et Parlier, 1992). Comme une éponge qui absorbe toute l'eau avec laquelle elle entre en contact, mais qui se vide lorsqu'on la presse, le terme performance s'enrichit de tous les sens que nous lui donnons, mais ne véhicule aucun sens. C'est un terme qui se prête à plusieurs interprétations et dont les significations changent selon le contexte et l'individu.

Selon Bourguignon (1997), la performance est le résultat des conceptions respectives de l'organisation et des acteurs sur la réussite. Selon la posture des exécutants, ce résultat a une variété d'interprétations. En réalité, ce concept multiforme cumule trois sortes de sens : celui d'un résultat quantifiable, celui d'un succès et celui d'un processus organisationnel qui permet d'atteindre les résultats souhaités.

2.2.1.2. Ambiguïté

Comme déjà évoqué, la performance est une notion polymorphe. D'après Sabour (2021), dans le domaine de la gestion, la performance a toujours été une notion ambiguë. Depuis les années 80, selon Morin (1991), la performance ne peut avoir aucune valeur en soi ; elle ne peut avoir de signification que dans le contexte de son lien avec l'organisation (Bergeron et Larouche, 2002). Galambaud (1988) affirme que malgré les efforts des gestionnaires, des experts et des consultants, l'idée de performance reste le plus souvent obscure. Aucune organisation n'a démontré qu'elle était efficace en tout point, en tout lieu et en tout temps.

2.2.1.3. Subjectivité

La performance est un jugement inéluctablement lié aux systèmes de valeurs, aux positions occupées au sein de l'organisation, aux intérêts, aux croyances, aux formations, aux limites culturelles, aux œillères disciplinaires et aux idiosyncrasies personnelles des évaluateurs qui l'utilisent. En effet, l'expert en management est sensible aux problèmes d'ordre managérial et organisationnel, il a tendance à proposer des solutions structurelles. L'expert-comptable est plutôt animé par les questions d'ordre financier et suggère des solutions à même d'équilibrer positivement le rapport produits charges. L'expert en ressources humaines se penche fortement sur les problèmes liés au personnel et propose, de facto, des solutions favorisant le climat social et le bien être des employés. Le consommateur est fortement influencé par la qualité du produit et du service à la clientèle, etc.

Il ressort de cette première analyse que les définitions de la notion de performance organisationnelle sont étroitement liées aux domaines d'activité des intervenants, ce qui peut être en contradiction avec les préoccupations globales de l'organisation. Toute performance est subordonnée à un environnement lié à des critères et à des indicateurs. Chaque performance est le fruit d'une situation donnée, dans laquelle certains acteurs comparent leurs objectifs ou leurs intentions avec ce qui a été réalisé réellement.

En somme, l'hétérogénéité des attentes et des enjeux fait en sorte que le résultat de l'analyse de la performance d'une organisation est généralement partial. Par conséquent, le terme est subjectif et ne peut avoir de sens que pour ceux qui l'emploient dans leurs interactions avec les entreprises.

2.2.1.4. Multi-dimensionnalité

La performance est un concept multidimensionnel. La littérature de gestion a souvent abordé ce concept sous cet angle dans une approche de la performance organisationnelle. A ce titre, (Sogbossi-bocco, 2010), appréhende la notion de performance organisationnelle en mettant l'accent sur la création de la valeur entrepreneuriale. D'après l'auteur, l'approche unidimensionnelle de la performance organisationnelle est une approche limitée et abandonnée.

De ce fait, il propose une approche multidimensionnelle qui intègre la performance stratégique, concurrentielle et socioéconomiqueⁱ.

(Sogbossi, 2010) analyse cet aspect de la performance organisationnelle, qui revêt à de multiples facettes et reprend l'idée de (Scott, 1987). En soulignant que le succès se mesure en grande partie sur le plan économique, en fonction de la quantité et de la qualité des produits et services offerts ainsi que des économies réalisées au cours du cycle de production.

Néanmoins, il doit également inclure le volet social de l'entreprise, mesuré par le climat organisationnel, la satisfaction des employés, les styles de gestion, etc. En effet, la connectivité et l'interdépendance entre les facteurs économiques, sociaux, managériaux et politiques ne permettent guère d'accorder plus de poids à la composante économique qu'à l'autre aspect aussi essentiel au succès de l'organisation. Ainsi, si le point de vue économique est très apprécié dans le monde des affaires, il ne peut expliquer à lui seul la performance de l'organisation.

Par ailleurs, les modèles de performance qui ne tiennent pas compte des éléments sociaux et organisationnels et qui se basent uniquement sur la composante économique pour mesurer la performance ne permettent qu'une perspective fragmentée et limitée de la performance. Alors que les managers sont principalement préoccupés par la performance économique de l'organisation, qui est évaluée par des facteurs tels que le profit, la productivité et même le succès de l'organisation, les clients sont davantage préoccupés par le prix et la qualité des articles fournis par l'entreprise. Les employés, quant à eux, souhaitent un meilleur traitement, plus de communication et une plus grande participation aux décisions. Les performances sont évaluées en fonction des préférences, des valeurs, des normes, de la position et des intérêts des principaux acteurs de l'organisation.

Afin de tenir compte de la multiplicité des intérêts au sein de l'organisation, d'avoir une vision globale qui prend en compte les différentes dimensions de la vie organisationnelle et d'en faire une évaluation objective, les managers tendent à transcender la vision unidimensionnelle centrée sur les aspects économiques et à migrer vers une vision multidimensionnelle qui inclut les autres aspects.

2.2.1.5. Complexité

Depuis les années cinquante, les modèles tentant de caractériser la performance se sont succédés et multipliés sans parvenir à une compréhension unifiée, cohérente et consensuelle de cette notion. En liant la performance à l'organisation, il est plus simple de comprendre la source de la complexité et des multiples malentendus. Comme il n'existe pas de

conceptualisation précise de l'organisation, il est peu concevable qu'il existe une conceptualisation claire d'une organisation performante (Cameron et Whetten, 2013).

En effet, les phénomènes organisationnels sont intrinsèquement compliqués et varient en fonction de l'environnement et de l'organisation. Par conséquent, la performance ne peut être affectée que par des facteurs spécifiques à l'entreprise. Il y a un risque de se perdre dans les spécificités de l'organisation, de confondre le contingent avec l'opérationnel, et de confondre le vital avec le tangentiel. Il est donc difficile de mesurer la performance d'une organisation, à moins de disposer d'un cadre de mesure, d'un modèle ou d'un point de référence qui indique où porter l'attention et se concentrer. L'émergence de nouvelles priorités et le développement de la pensée managériale ont multiplié les philosophies de la performance, démontrant ainsi la complexité du concept.

2.2.1.6. Dynamique

(Berger (2014), tente de prouver la légitimité de la performance globale qui est essentiellement dynamique et articulée. En l'espèce, les résultats de son étude montrent l'articulation entre les divers aspects de la performance à savoir l'aspect financier, extra-financier et durable. L'auteur attire également l'attention sur l'articulation entre la capacité dynamique d'innovation responsable de la PME et sa performance globale.

A ce titre, la performance est perçue comme un concept dynamique qui n'existe jamais dans un état statique. Aucune entreprise n'a jamais fonctionné avec succès dans toutes les régions, tous les lieux, toutes les conditions, toutes les situations et tous les secteurs d'activité dans lesquels elle opère. Les critères et procédures d'évaluation des performances ne sont pas immuables et fixes. Ils sont créés en fonction de l'environnement de l'entreprise, de sa position économique, de la nature de son système de production et de ses caractéristiques structurelles, organisationnelles, techniques et commerciales. Tout comme les biens, les procédures, les équipements et les processus de fabrication, les critères de performance et les méthodologies d'évaluation doivent être considérés comme des « *artefacts* »(Barraud, 1999).

L'accélération de l'innovation technologique entraîne l'obsolescence rapide des structures organisationnelles, des moyens de production, des procédures et pratiques de travail, des compétences, etc. et rend toute définition de la performance susceptible de changer. La performance globale des organisations peut être appréhendée comme une dynamique faisant

se rencontrer des discours politiques fondés sur des valeurs collectives, mis en œuvre à travers des actions stratégiques et opérationnelles qui mobilisent des ressources économiques, sociales et environnementales (Khennich et al, 2021).

Il ressort de ce qui précède que la notion de performance dans l'entreprise est largement utilisée sans une compréhension globale de ce qu'elle implique ou de ce en quoi elle consiste.

2.2.2. Définition de la performance

Comme indiqué précédemment, il existe deux familles de définitions de la performance. La première est unidimensionnelle et lie ce concept à un seul critère, généralement financier. La seconde, multidimensionnelle, considère la performance comme une idée composite découlant d'une variété de circonstances. La méthode unidimensionnelle mesure la performance sur la base d'un seul critère, tel que la productivité, le profit, la part de marché, la croissance des revenus, etc. L'utilisation de ce paradigme a été largement contestée, mais les stratégies de mesure d'une seule variable restent populaires. Les chercheurs trouvent difficile de justifier l'utilisation de certaines de ces caractéristiques comme indicateurs de performance organisationnelle. Si les recettes, par exemple, peuvent être une mesure importante de la performance, elles ne peuvent être assimilées à la performance totale. Malgré le fait que ces critères discrets aient été identifiés, les chercheurs sont beaucoup moins précis sur la manière dont ces variables contribuent à une compréhension significative de la notion de performance. (Baret, 2006) précise que la performance est un concept multidimensionnel « performance globale » difficile à mesurer techniquement. La performance globale est « l'agrégation des performances économiques, sociales et environnementales ». C'est dans ce sens qu'il existe une pléthore de définitions de ce concept que nous avons essayé de retenir les plus marquant synthétiser au niveau de la table 1.

Table 1 : Synthèse des définitions de la performance

Auteur/Année	Éléments clés des définitions
(Yvon Pesqueux 2004)	La performance peut être considérée comme un « <i>attracteur étrange</i> » dans sa capacité à absorber plusieurs traductions : économique (<i>compétitivité</i>), financière (<i>rentabilité</i>), juridique (<i>solvabilité</i>), organisationnelle (<i>efficience</i>) ou encore sociale ».
Marion et al., (2012)	La performance est associée à quatre principes fondamentaux : - l'efficacité qui traduit l'aptitude de l'entreprise à atteindre ses objectifs, en rapportant les résultats aux objectifs ; - l'efficience qui met en relation les résultats et les moyens, en rapportant un indicateur de résultat à indicateur de mesure des capitaux employés ; - la cohérence qui traduit l'harmonie des composants de base de l'organisation pour mesurer la performance organisationnelle en rapportant les objectifs aux moyens (Ecosip, Cohendet <i>et al.</i> , 1995) ; - la pertinence qui met en relation les objectifs ou les moyens avec les contraintes de l'environnement.
Boisguérin et Minodier, (2012)	La performance hospitalière : fait le lien avec la notion de l'efficience économique
Dos Santos et al., (2013)	La performance hospitalière : clé de voûte et la finalité de l'ensemble des changements opérés au sein des structures hospitalières
Bernard (2013)	Considérer la façon dont la performance est évaluée, pilotée et perçue comme étant centrale dans les activités des organisations hospitalières
Routelous (2013) Pendaries (2017)	La performance hospitalière : est une notion floue et polymorphe, Synonyme de rentabilité économique et Synonyme de maîtrise des dépenses (publiques)
Salgado (2013) Minvielle (2013)	Considèrent que la performance est un mot-valise, un concept multidimensionnel et ne prend sens que dans le contexte où il est employé.
Grandjean, 2015	La performance est une notion floue, polysémique et valise
Dos Santos et Mousli (2016)	-La notion de performance hospitalière : « <i>apparaît comme étant un concept multidimensionnel, paradoxal et contingent</i> » -La performance globale et intégrée d'une organisation donnée est essentiellement un <i>construit multidimensionnel</i> faisant participer les parties prenantes
Ahrouch et al. (2020)	la performance est comme « une visée (ou un but) multidimensionnelle, économique, sociale et sociétale, financière et environnementale, qui concerne aussi bien les entreprises que les sociétés humaines, autant les salariés que les citoyens ».
Hinti et El Amaraoui (2022)	Considèrent que la performance de l'entreprise est un concept perplexe et problématique, Visant l'augmentation de satisfaction client, l'amélioration de la qualité de service, l'innovation et la maîtrise de l'environnement.
Benaziz (2022)	La performance fait appel à de nombreux éléments, telle que les acteurs et les parties prenantes, les indicateurs, les méthodes et les conceptions et enjeux

En effet, lorsqu'un nombre considérable de facteurs affecte potentiellement la performance, il est difficile de croire qu'une seule variable aura un grand pouvoir explicatif. Par conséquent, les défis fondamentaux se poursuivent dans le développement de la théorie. Conscients des limites du modèle unidimensionnel, les chercheurs ont cherché à construire un modèle qui tienne compte des interactions entre les variables clés qui influencent la performance d'une entreprise. Ces modèles multivariés et généralement plus détaillés ont cherché à rationaliser les complexités de la définition de la notion de performance. Pour surmonter ce problème, ils ont déterminé que la performance ne peut être abordée qu'en combinant de nombreuses dimensions. Pour qu'une entreprise soit performante, elle doit atteindre le « *résultat idéal* ». Cela implique, d'une part, de réaliser son travail dans les meilleures conditions possibles (être efficace) et, d'autre part, de remplir sa mission en gérant ses ressources de la manière la plus efficiente possible (être efficient). La performance désigne un concept complexe qui recouvre trois sortes de significations : les résultats, les processus et les réalisations.

2.2.2.1. La performance en tant que résultat

Violet (2012) affirme qu'il est impossible de dissocier le résultat qu'il considère comme étant « la performance », et la compétence. L'auteur assimile alors le résultat à la performance et tente d'appliquer cette vision au contexte de la santé.

La mesure de la performance en sciences de gestion désigne en général l'opération de mesure des résultats de l'action mise en œuvre. Selon Bourguignon (2000), la performance « comme la réalisation des objectifs organisationnels, quelles que soient la nature et la variété de ces objectifs. Cette réalisation peut se comprendre au sens strict (résultat, aboutissement) ou au sens large du processus qui mène au résultat (action) ... ». Dans ce domaine, l'appréciation des performances du personnel se focalise sur les résultats produits par l'activité des salariés.

2.2.2.2. La performance en tant que processus

Bourguignon (2018) appréhende la performance au travers une approche processus qui est une méthode de modélisation de l'entreprise permettant de mieux maîtriser la qualité de ses produits et services ainsi que la satisfaction des clients orientant l'entreprise vers une finalité. L'auteur met en avant le fait que les entreprises doivent s'adapter face aux exigences du client. A ce titre, le client souhaite « *des prestations de qualité, sans défaut et le plus rapidement*

possible ». Le client et également « maître de jeu et l'entreprise doit se plier à ses exigences » (Bourguignon, 2018).

Ici, la performance fait référence à un processus plutôt qu'à une « conséquence ponctuelle » (Baird, 1986). Dans cette architecture, le processus se compose de nombreuses phases regroupées dans une structure en boucle fermée et toujours en quête de la satisfaction des objectifs par l'identification des anomalies et leurs corrections tout en proposant des améliorations (Maire, 1999) comme le montre la figure 2.

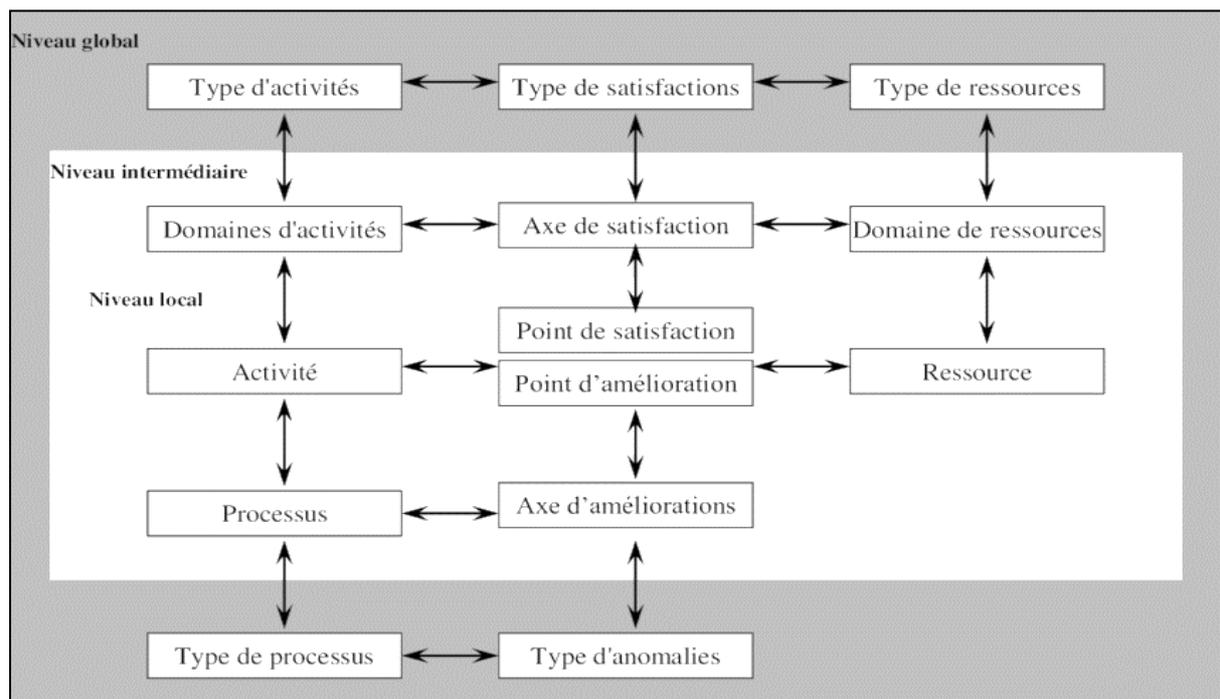


Figure 2 : Processus de la performance selon Maire (1999)

Dans ce contexte, la performance ne se mesure pas seulement a posteriori, mais se construit tout au long d'un processus de gestion qui établit les objectifs, communique les résultats attendus, définit les rôles, détermine les actions à entreprendre, assigne les tâches, alloue les ressources, définit les responsabilités, gère le temps, diffuse l'information, coordonne les actions, fédère les énergies, évalue les résultats, mesure les écarts et régleme les récompenses.

Il est clair que le terme performance est employé ici d'une manière qui englobe mais dépasse l'usage précédent. En plus du résultat, il fournit les tâches et les activités qui ont été réalisées. Dans cette optique, la gestion de la performance ne consiste pas seulement à cadrer le résultat, mais aussi à gérer un ensemble de missions et de tâches

2.2.2.3. La performance en tant que succès

Messeghem (2021) considère la performance comme concept central relevant du domaine du management. Synonyme à la fois de résultat et de succès, l'auteur appelle à piloter l'entreprise en mettant en place un système d'évaluation et d'amélioration de la performance en cohérence avec la vision stratégique de l'entreprise.

A ce titre Bourguignon (1996) avance que la performance n'existe pas de manière indépendante. Elle dépend plutôt des représentations du succès qui changent selon les acteurs, les entreprises, les contextes, les époques et les lieux. En tandem, la performance renvoie à deux de ses significations fondamentales. La corrélation la plus typique est celle de l'issue favorable de l'action. L'expression contre-performance est utilisée pour décrire une performance insatisfaisante ou dérisoire. Ainsi, le poids du résultat et de la réussite change selon le nombre du mot : lorsque le mot est au singulier, la réussite domine sur le résultat. A l'inverse, au pluriel, la réussite est moins présente, et l'accent est mis sur le résultat, malgré sa valeur (Bourguignon, 1996). L'approche de la performance dépend de la position de l'évaluateur. Au niveau de la direction générale, la performance est évaluée en fonction de sa contribution à la réalisation d'orientations allant de l'intermédiaire au conceptuel. La figure 3 présente les différentes dimensions de la performance de l'entreprise.

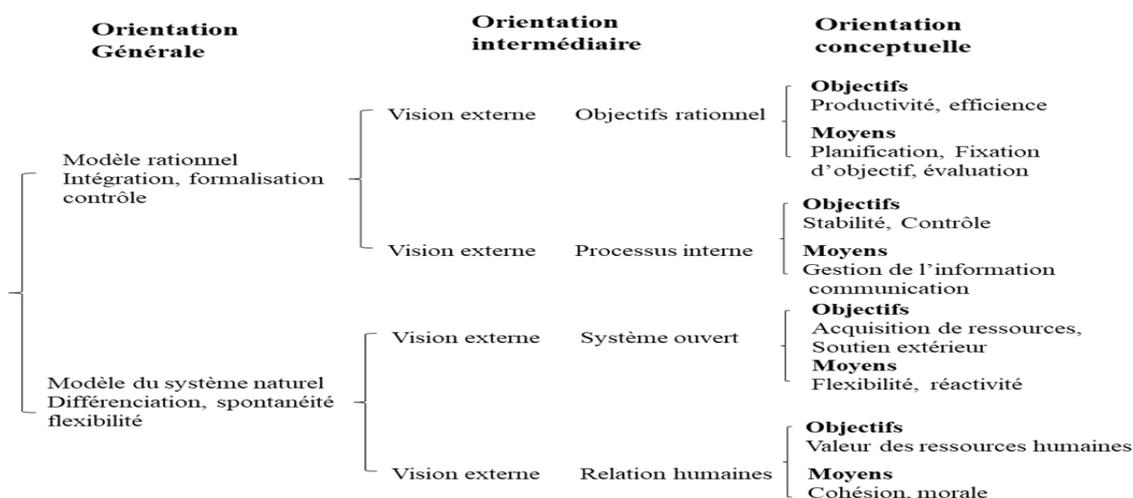


Figure 3 : Les différentes dimensions de la performance organisationnelle Quinn et Rohrbaugh (1983)

Selon plusieurs auteurs, la performance organisationnelle est un jugement basé sur le système de valeurs des évaluateurs lorsqu'ils portent des jugements sur les produits, les résultats et les processus de l'organisation en utilisant une variété de critères basés sur les perceptions et les

objectifs des différentes parties prenantes (Yuchtman et Seashore, 1967). Compte tenu de la complexité de l'évaluation de la performance organisationnelle, le modèle intégré comprend les cinq aspects primaires qui peuvent être détaillés de la façon suivante :

- 1- La Dimension « *efficacité économique* » mesure la capacité d'une organisation à gérer ses ressources de manière optimale, responsable et rentable ;
- 2- La Dimension « *pérennité de l'organisation* » s'intéresse en priorité aux aspects jugés nécessaires pour assurer la stabilité et la croissance de l'organisation, tels que l'amélioration continue de la qualité des produits et des services, le maintien de la compétitivité et la satisfaction des partenaires commerciaux ;
- 3- La Dimension « *légitimité organisationnelle* » fait référence à la capacité de l'organisation à se positionner favorablement dans son environnement opérationnel et à gagner et conserver le soutien et la sympathie de ses différents partenaires, notamment par le biais de la conformité réglementaire, de la responsabilité sociale et de la gestion de l'environnement ;
- 4- La Dimension « *Valeur du personnel* » se concentre sur la cohésion sociale, l'environnement de travail et la cohérence entre les objectifs individuels et organisationnels ;
- 5- La Dimension « *Politique* » prend en considération les relations de pouvoir, les collisions d'intérêts, voire les conflits et divergences dans les critères et indicateurs d'évaluation. Il concerne également les interactions de l'organisation avec les parties prenantes externes, dans le but de renforcer sa légitimité, ce qui lui permettrait en retour de gagner leur sympathie et leur soutien afin de surmonter facilement les crises.

2.2.3. La mesure de performance

En dépit de ce qui précède, l'évaluation de la performance dans les organisations demeure non seulement un défi, mais s'avère aussi potentiellement litigieuse. La recherche de Morin (1991) démontre que les évaluations de performance sont subjectives et influencées par les attitudes, les intérêts, la position et les fonctions des évaluateurs. Par conséquent, il serait difficile de développer un modèle théorique qui tienne compte de tous ces aspects.

À la lumière de cette complexité, Cameron et Whetten (2013) proposent deux principes de mesure : la mesure du rendement devrait être multidimensionnelle et les critères de mesure du rendement devraient être propres à l'organisation.

En outre, une étude des modèles de performance utilisés dans les pays de l'OCDE, par exemple, révèle que différents types de mesures sont employés en fonction de la situation et de l'organisation. En raison de l'interconnexion entre les diverses dimensions de la performance, les analystes démontrent qu'elle ne peut être quantifiée avec précision par une seule mesure. C'est pourquoi il est souvent conseillé d'utiliser une batterie de mesures de la performance (Anger, 1997). Par conséquent, il est essentiel de commencer par identifier les paramètres de performance qui seront mesurés. Ces caractéristiques sont réparties en un ensemble de critères mesurables.

2.2.3.1. Finalités

La mesure de la performance constitue à la fois un outil stratégique, un outil de gestion, et un moyen de contrôle.

Outil stratégique. L'évaluation continue des performances permet de comprendre les décisions prises, les objectifs fixés, les ressources allouées, les procédures de gestion utilisées et les taux de réalisation atteints. Elle permet de mettre en évidence les écarts entre les prévisions et les réalisations, démontrant ainsi dans quelle mesure les objectifs ont été atteints et les ressources utilisées de manière optimale. La mesure continue peut-être un aspect crucial du développement de la stratégie en tant que processus d'apprentissage stratégique. Selon Mintzberg (1991), le processus d'apprentissage stratégique consiste à donner un sens à ses activités passées en choisissant ce qui a bien fonctionné et en reconnaissant ce qui n'a pas fonctionné. L'objectif est de se représenter plus clairement l'avenir et d'ajuster ou de modifier les plans si nécessaire.

Outil de gestion. La mesure de la performance est également un outil de gestion puisqu'elle permet de poser un diagnostic plus précis des problèmes organisationnels et, par la suite, de mieux juger des mesures correctives. En outre, elle permet de comparer les actions avec les résultats qu'elles produisent, fournissant ainsi aux gestionnaires un outil de gestion qui leur permet d'adopter des mesures correctives et d'apporter les modifications nécessaires pour atteindre plus efficacement les objectifs organisationnels établis.

Moyen de contrôle. La mesure de la performance des entreprises publiques, est devenue un mandat et une mesure de contrôle, car elle permet de rendre des comptes et de répondre à la pression sociétale des résidents qui souhaitent une utilisation efficace des fonds publics pour fournir des services de qualité. D'autre part, elle répond aux besoins des clients de disposer d'informations précises sur la qualité des entreprises et l'administration des affaires publiques. L'autonomie des entreprises publiques se traduira désormais par une responsabilisation accrue quant aux décisions qu'elles prennent.

2.2.3.2. Démarche générale

Avant de sélectionner les dimensions, les critères et les indicateurs, il est essentiel de comprendre l'entreprise et ses activités. La sélection des dimensions et des critères de performance doit être basée sur les priorités principales des managers. Pour chaque critère, les indicateurs sont déterminés et précisés en étroite collaboration avec la direction.

Connaissance de l'organisation. Au cours de cette phase, l'évaluateur doit avoir une compréhension globale de l'organisation dont la performance sera mesurée. Il doit notamment connaître la structure, l'organisation, les opérations, la technologie, le style de gestion et les contraintes de l'environnement externe de l'entreprise.

Connaissance des objectifs des gestionnaires. Il s'agit de la partie la plus importante du processus car elle permet de déterminer les objectifs de l'organisation. Pour ce faire, il faut d'abord réaliser des entretiens avec les dirigeants afin de mieux comprendre leurs préoccupations stratégiques. Cette étape permettra également de décrypter les dimensions et les critères à prendre en compte pour mesurer la performance de l'entreprise.

2.2.3.3. Définition et choix d'indicateurs

Quelques règles permettent d'aider à la définition des indicateurs de performance (Lorino, 2003) :

- Un indicateur de performance est une information conduisant le cours d'une action vers l'attente d'un objectif et d'y évaluer le résultat ;

- L'indicateur n'est pas nécessairement numérique ; il peut prendre toute forme informationnelle permettant la conduite de l'action ou l'évaluation de résultats : binaire, exprimé sur une échelle qualitative, etc.
- L'indicateur n'a d'utilité que relativement à une action à piloter (à lancer, à ajuster, à évaluer), il est donc étroitement lié à un processus d'action précis ;
- Le choix de l'action fonde l'indicateur donc l'indicateur n'a d'utilité que pour piloter l'action et son résultat et non l'inverse ;
- L'indicateur doit être exprimé par une variable pertinente pour la prise de décision.

In fine, l'indicateur de performance se situe au centre d'un triangle « *stratégie traduite en objectifs / processus d'action / acteur (collectif)* » (figure 4).

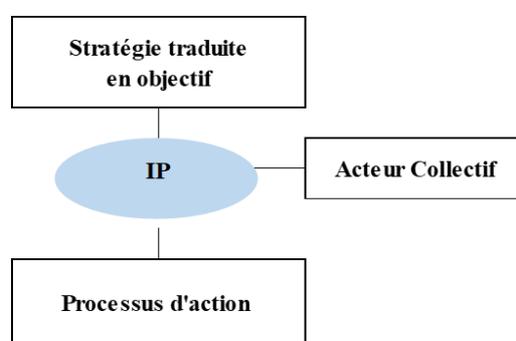


Figure 4 : Triangle stratégique/acteur/processus d'action

Quel que soit l'indicateur, il peut avoir deux valeurs : une valeur de but, qui reflète l'objectif fixé, et une valeur de fin d'année, qui montre le niveau de réalisation de l'objectif (Lorino, 2003). Il est également disponible en deux versions. Il peut être exprimé sous la forme d'un nombre ou d'une valeur absolue avec une unité, comme le nombre total d'employés, les ventes ou les bénéfices. Il peut également être exprimé sous la forme d'un rapport entre deux nombres, comme le taux d'absentéisme du personnel, le taux de rendement du capital investi, etc.

En ce qui concerne le choix des indicateurs d'évaluation des performances dans les organisations, il n'existe pas de technique doctrinale ni de recette toute faite ou universelle qui fonctionne à chaque fois et pour toutes sortes d'organisations. En pratique, le choix des indicateurs est déterminé par ce dont les gestionnaires veulent rendre compte, ce qui les préoccupe le plus ou ce qu'ils privilégient le mieux au sein de l'organisation. Aussi chaque choix sera tributaire de la nature de l'organisation, de sa mission, de sa structure et aussi de la culture, des valeurs et des priorités des gestionnaires.

Un indicateur doit obligatoirement présenter les qualités requises pour une utilisation efficace. Les principales conditions considérées comme étant essentielles pour qu'un indicateur soit correct et valable sont au nombre de trois. Il doit être :

- **fiable** en étant conçu et établi à partir d'éléments suffisamment structurés et précisément calculés. À cet effet, les systèmes d'information qui produisent ce type d'indicateurs doivent être techniquement fiables et offrir la possibilité d'être testés ;
- **significatif** en traduisant et révélant clairement un résultat ou un degré de réalisation ou de responsabilité ;
- **pertinent** en étant judicieusement choisi, autrement dit en étant le meilleur par rapport aux autres alternatives possibles.

De même, les indicateurs doivent aussi :

- être corrélés avec l'objectif à atteindre : le progrès de l'indicateur indique un progrès vers l'objectif et vice versa ;
- être faciles et peu coûteux à mesurer ;
- être comparables ;
- permettre de comprendre et interpréter les écarts entre les projections et les réalisations ;
- permettre de formuler des recommandations en vue de réduire les écarts.

Il convient aussi d'ajouter que le panel d'indicateurs doit conduire à une interprétation qui donne du sens à l'évaluation et qui permet d'apporter un jugement objectif et défendable.

2.2.3.4. Les quatre dimensions principales

La littérature en sciences de gestion met l'accent sur quatre dimensions principales : l'efficacité économique, la valeur des ressources humaines, la légitimité de l'organisation et la pérennité de l'organisation (Abdelfadel et Sbiti 2020).

Efficiencia económica. Le lien entre la qualité ou la quantité du produit et les ressources utilisées pour le produire est la définition de l'efficacité économique. En d'autres termes, il s'agit d'obtenir les meilleurs résultats avec le moins d'argent possible. Cette dimension contient deux concepts : l'économie des ressources et la productivité. Il s'agit du niveau auquel une organisation limite la quantité de ressources consommées tout en maintenant la fonctionnalité du système. Elle est mesurée par le pourcentage de diminution des dépenses, le taux de rotation

des stocks et le pourcentage de diminution des erreurs, des rebuts et des déchets. Pour être significatif, cet indicateur doit permettre une comparaison avec un objectif prédéterminé, entre les années, ou avec la concurrence. Le taux de rotation des stocks est souvent calculé comme le rapport entre le coût des produits vendus et la valeur moyenne des stocks. Un taux de rotation des stocks élevé est généralement considéré comme un indicateur de performance. Néanmoins, il peut parfois signaler la présence de liquidités insuffisantes, ce qui pousse les gestionnaires à travailler au quotidien. Pour calculer le pourcentage de diminution des erreurs, des rebuts et des déchets, il faut établir : soit une mesure de référence, soit une période à partir de laquelle les augmentations de performance peuvent être mesurées.

Toutefois, la productivité désigne le lien entre la quantité de biens et de services produits et la quantité de ressources consommées pour les générer au cours d'une période donnée. Pour être significatif, ce ratio doit être comparé aux projections de l'organisation ou à un indice comparable tiré des performances historiques ou de celles de ses rivaux. Pour évaluer la productivité et l'efficacité des ressources, on utilise principalement les états financiers de l'entreprise, notamment le bilan, l'état des soldes d'exploitation, le compte des produits et des charges et l'état des renseignements supplémentaires, ainsi que les registres des employés, les registres de production et les registres des ventes.

Valeur des ressources humaines. La dimension sociale de la performance organisationnelle intègre la valeur fournie par les connaissances, le savoir-faire, les compétences, les titres et l'expérience du personnel de l'organisation. Elle peut être mesurée par quatre critères qui montrent l'implication des ressources humaines au niveau de l'organisation : l'engagement, les compétences des employés, la performance des employés et l'environnement de travail.

L'engagement des employés est défini par la mesure dans laquelle les travailleurs sont engagés dans leur travail et dans l'organisation qui les emploie, ainsi que par la quantité d'efforts qu'ils déploient pour atteindre leurs objectifs. Ce critère peut être quantifié à l'aide d'instruments ou d'indicateurs concrets tels que la rotation du personnel, les initiatives prises, les suggestions ou idées présentées et exécutées par le personnel, la ponctualité, l'assiduité et la participation à des événements sociaux.

Le développement des employés fait référence au degré d'expansion des talents des membres d'une organisation. Ce critère peut être estimé par des indicateurs tels que l'augmentation des responsabilités réelles des travailleurs de façon plus détaillée. Ce critère peut être évalué sur la

base des indicateurs suivants :taux de rotation (turnover), fréquence et domaine de formation du personnel ; taux du personnel bénéficiant d'une formation pratique ou théorique ; taux de promotion et de transfert interne par rapport au taux d'affectation total ; taux de mobilité interne des employés ; pourcentage du personnel ayant le statut de contact ; mesures de l'apprentissage sur le lieu de travail ; degré d'utilisation du parrainage ; pourcentage des employés capables d'accéder à d'autres postes.

La performance des employés fait référence à la contribution des employés à l'économie par le nombre et/ou la qualité des choses produites. Ce critère est souvent évalué sur la base de : la qualité des produits fabriqués ; la quantité des services produits ; la valeur économique ; les coûts de production ; malgré le fait qu'il existe peu de mesures fiables et pertinentes disponibles dans la littérature.

L'environnement de travail fait référence au degré avec lequel la main-d'œuvre évalue positivement son expérience au sein de l'organisation. Ce critère peut être évalué via des marqueurs de comportement et d'attitude ou des tests psychologiques. Il s'agit notamment du : nombre d'incidents de vol et de sabotage ; le taux de rotation du personnel ; le taux d'absentéisme ; le taux de maladies ou d'accidents ; le nombre de jours perdus pour cause d'arrêt de travail ; et les motifs de démission volontaire. Souvent, afin de mesurer l'environnement de travail, les évaluateurs administrent des questionnaires aux employés concernant des aspects spécifiques de leur emploi, tels que la rémunération, les conditions de travail, le type de travail, la charge de travail, les relations avec les collègues et le superviseur immédiat, la visibilité de la carrière, les possibilités de promotion, la supervision, les avantages fournis par l'organisation, le style de gestion, etc.

Légitimité de l'organisation. La légitimité organisationnelle fait référence à l'impression et à l'évaluation par l'ensemble de la communauté des opérations et des résultats de l'organisation. Ainsi, la légitimité de l'organisation ne se forme pas seulement au niveau des acteurs directement liés ou associés à l'organisation, c'est-à-dire ses clients, ses fournisseurs, ses rivaux et les organismes de réglementation. De même, la société évalue l'entreprise ce qui remet en question le devoir social et l'approche environnementale de l'entreprise. Le jugement public de l'entreprise dépend de la façon dont la société perçoit ses actes et son comportement dans plusieurs domaines.

Par conséquent, la légitimité d'une organisation sera différente en fonction de son respect de l'environnement, de son degré de participation à la communauté sur les plans éducatif, culturel et caritatif, etc. En outre, elle variera en fonction de sa considération pour l'environnement et de son dévouement à la communauté. Elle variera également en fonction du respect des pratiques commerciales, du respect des nombreuses chartes régissant ses activités, du souci de la santé et de la sécurité publiques en fabriquant des produits inoffensifs pour la santé ou la sécurité individuelle et collective, etc. Le respect de la législation, la responsabilité sociale et la responsabilité environnementale sont les critères utilisés par les chercheurs pour mesurer cet aspect de la performance des entreprises.

La conformité aux règles indique dans quelle mesure l'organisation adhère aux lois et aux règlements qui régissent ses activités. Chaque organisation fonctionne selon les lois de la nation dans laquelle elle a son siège. La conformité aux règles est donc un critère pour mesurer la satisfaction des organismes de réglementation. Le nombre d'amendes payées pour des infractions est maintenant la mesure la plus utilisée, malgré son usage limité (Morin, 1994).

Pérennité de l'organisation. Cette dimension indique dans quelle mesure la croissance et la stabilité de l'organisation sont soutenues et assurées. Cette dimension est saisie par trois critères : la qualité des produits et des services, la compétitivité de l'organisation et la satisfaction des partenaires commerciaux. Tout d'abord, la qualité du produit est le critère préféré des constituants internes car elle a un impact sur le choix des consommateurs dans un marché concurrentiel et, par conséquent, sur la stabilité et la croissance de l'organisation. Elle concerne la mesure dans laquelle le produit répond aux demandes des clients. Les mesures de la qualité du produit comprennent entre autres, le nombre de retours, le nombre de plaintes des clients, la part de marché, la fidélité des clients et le volume des ventes. Ensuite, la compétitivité de l'organisation est déterminée en comparant ses résultats avec ceux de ses rivaux. Cet indicateur est évalué en fonction de la rentabilité, des coûts de production, de la part de marché, des recettes, de la marge bénéficiaire, etc. Pour évaluer la compétitivité de l'organisation, ces paramètres sont évalués et comparés à ceux de ses rivaux. Dans un dernier lieu, la satisfaction des partenaires commerciaux comprend les consommateurs, les fournisseurs, les actionnaires et les prêteurs.

Afin d'illustrer la corrélation entre l'évaluation de la performance, la mesure de la performance et les indicateurs de performance, Outseki *et al.* (2023) présentent la Pyramide de Lynch et Cross (figure 5) qui propose une approche reliant les différentes couches hiérarchiques de

l'organisation passant par le niveau stratégique au niveau opérationnel, qui intègre à la fois des indicateurs financiers et non financiers, opérationnels et stratégiques. Les indicateurs stratégiques couvrent la satisfaction du client, la flexibilité et la productivité de l'organisation, qui sont mesurés par des indicateurs opérationnels qui regroupent quatre critères : qualité, la livraison, le délai de transformation et le coût. La pyramide permet au gestionnaire d'avoir une vision holistique de la performance et facilite une prise de décision plus éclairée.

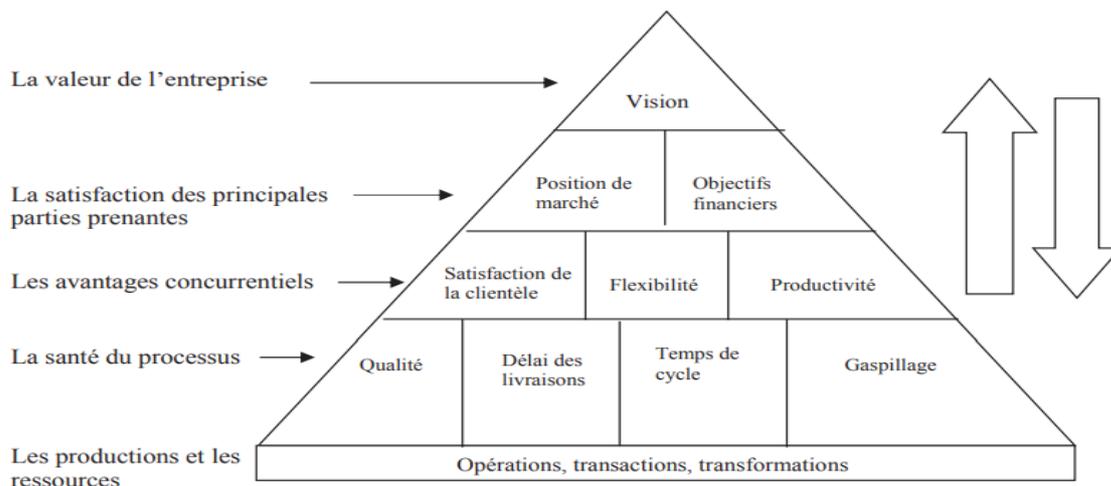


Figure 5 : La Pyramide de Lynch et Cross (1991)

2.3. La notion de performance en génie industriel

Dans le monde industrialisé, l'amélioration des performances nécessite l'utilisation d'une variété de méthodes de gestion. L'évolution du marché et l'imprévisibilité de l'environnement économique ont incité les entreprises à adapter leur système de production afin d'améliorer leurs performances.

La notion de performance des entreprises et les instruments utilisés pour l'évaluer sont apparus dans le monde industriel et ont évolué au fil du temps. Cette évolution dépendait de plusieurs facteurs comme, notamment la variation de l'offre et de la demande. Avant les années 1950, la prise en compte de la dimension "client" était écartée, du fait que le rapport de force était en faveur de l'offre.

Vallespir (2003) avance que la modélisation d'entreprise est au cœur de la thématique traitant de la représentation du système industriel en vue de son analyse, de sa conception et de son

évaluation. Il y intègre même, l'interopérabilité des données comme évoqué par Panetto (2006). La thèse développée par Vallespir (2003), s'appuie sur les points clés suivants : L'analyse des besoins, l'évaluation du système et des solutions futurs, l'optimisation en termes de coûts en adoptant des solutions innovantes en ingénierie, en informatique et en gestion des RH.

Selon Lorino (1997) la performance impliquait la réduction des coûts de fabrication et l'augmentation des ventes. Lorsque le rapport de force offre / demande tendit à s'équilibrer, L'industrie dut être capable de faire évoluer ses produits et en concevoir de nouveaux plus régulièrement. Aussi, les entreprises furent dans l'obligation de moderniser et créer de nouveaux moyens de production, C'est à ce moment-là que des caractéristiques et des dimensions supplémentaires de la performance, telles que le délai de livraison et la qualité, sont apparues. C'est alors qu'est apparue la composante multidimensionnelle de la performance, intégrant des dimensions financières, organisationnelles, opérationnelles, humaines et sociales.

Le génie industriel partage beaucoup de concepts liés à la performance tels que définis dans les sciences de gestion mais son apport se caractérise par deux aspects principaux : le lien entre performance et pilotage et la proposition des méthodes d'implantation de systèmes d'indicateurs de performance.

Dans ce cadre, Khenniche et al (2021) confirment que la performance globale en lien avec les pratiques de CDG, est une notion trop complexe et trop dynamique pour être appréhendée dans un contexte de service public notamment les collectivités territoriales.

Cependant, Cherkaoui (2021) avance que « la performance financière ne suffit plus à apprécier la performance d'une entreprise ». Les entreprises sont de ce fait, évaluées selon leurs performances globales qui prennent en compte aussi bien l'aspect financier que l'aspect environnemental, social et de gouvernance.

Par ailleurs, avec la pression de la société civile et des parties prenantes, la communication extra-financière a connu une évolution considérable.

2.3.1. La performance comme composante du pilotage

Lorino (2003) souligne que piloter, c'est déployer la stratégie en règles d'actions opérationnelles et capitaliser l'expérience acquise au cours de l'action. Dans ce cadre, il affirme que la performance d'une entreprise est tout ce qui, et seulement ce qui, contribue à atteindre les objectifs stratégiques. Cette façon de voir les choses conduit à deux caractéristiques importantes :

- la performance est une notion attachée à tous les niveaux de décision de pilotage : de la stratégie aux décisions opérationnelles de terrain,
- la performance est liée aux résultats des actions ou opérations mais ne dispose d'un intérêt que si elle est envisagée en cohérence avec les objectifs fixés au niveau et au lieu où celle-ci est évaluée.

Selon les mêmes auteurs, cette définition est la plus adoptée et adaptée aux entreprises actuelles et surtout du point de vue de la maîtrise des systèmes de production.

Cette approche est particulièrement illustrée par la méthode ECOGRAI. ECOGRAI (Bitton, 1990) est une méthode de conception et d'implantation d'indicateurs de performance pour les systèmes de production de biens et de services. L'étape initiale de cette méthode est la modélisation du système de décision par la grille GRAI. La grille GRAI, langage de modélisation de la méthode GRAI, relève du domaine de la modélisation d'entreprise. Elle permet de dresser la cartographie des centres de décision de pilotage d'un système de production. Pour chaque centre de décision identifié, ECOGRAI propose d'analyser, et de compléter si nécessaire, le triplet « objectifs, variables de décision, indicateurs de performance ». Les objectifs traduisent des performances quantifiées et visées dans le futur ; les variables de décision correspondent aux leviers sur lesquels le décideur peut agir et les indicateurs mesurent le niveau courant des performances retenues. ECOGRAI insiste sur le besoin de cohérence de ces trois parties (figure 6). Le lien entre indicateurs et objectifs permet de comparer le niveau de performance visé et le niveau constaté alors que le lien entre indicateurs et variables permet au décideur d'identifier comment agir pour améliorer les performances.

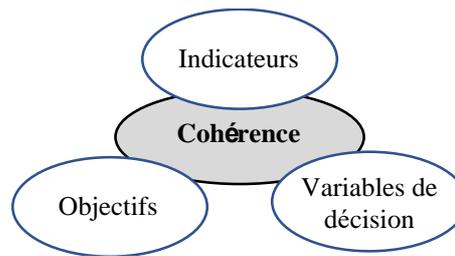


Figure 6 : La cohérence du triplet « objectifs, variables de décision, indicateurs de performance » dans la méthode ECOGRAI

Au vu de ces éléments, cette définition finale de la performance doit être examinée à travers les différents processus de décision et sa compatibilité avec les objectifs spécifiés à ces niveaux doit être analysée. Selon les mêmes auteurs, la définition de Lorino est la plus utilisée et la plus applicable aux entreprises modernes, notamment en termes de contrôle du système de production. Ils ont également constaté que la performance est constamment liée aux buts à atteindre (objectifs stratégiques) et aux résultats des activités ou opérations.

2.3.2. Les méthodes d'implantation de systèmes d'indicateurs de performance

Pour soutenir la définition et la conception d'un système de mesure de la performance, de nombreuses méthodes et approches ont été développées depuis 1900. Au fil de temps, ces approches ont évolué pour tenir compte de l'évolution des systèmes de production et de l'environnement dans lequel ils vivent (Vallespir *et al.*, 1999).

Ravelomanantsoa *et al.* (2019) décrivent soixante approches dédiées à la conception et l'implantation de systèmes d'indicateurs de performance. Même si ces approches partagent la même finalité et beaucoup de concepts, elles sont loin d'être interchangeables, se focalisant sur des points particuliers ou mettant en œuvre des aspects spécifiques en fonction de l'expertise de leurs concepteurs. Aussi, les mêmes auteurs Ravelomanantsoa *et al.* (2020) ont proposé un cadre général permettant d'analyser les différences et complémentarités de toutes ces approches.

Parmi ces soixante approches, la méthode ECOGRAI déjà citée est un bon exemple. Cette méthode a été développée à la fin des années 80 dans sa première version (Bitton, 1990) pour être améliorée ensuite en permanence jusqu'en 2010 (Doumeingts *et al.*, 1994), (Ducq, 1999), (Ducq et Vallespir, 2005). La principale préoccupation de cette méthode est de lier la définition

d'indicateurs de performance à la prise de décision. C'est pourquoi ECOGRAI est lié à la méthode GRAI visant à représenter la cartographie des décisions grille GRAI (Doumeingts *et al.*, 1998) et le processus de prise de décision (réseaux GRAI).

Le principe essentiel d'ECOGRAI est de définir des indicateurs dans le cadre d'un triplet objectifs / variables de décision (moyens d'action) / indicateurs comme déjà présenté plus avant (figure 5). ECOGRAI est basé sur une approche structurée pour définir et mettre en œuvre des indicateurs de performance (figure 7).

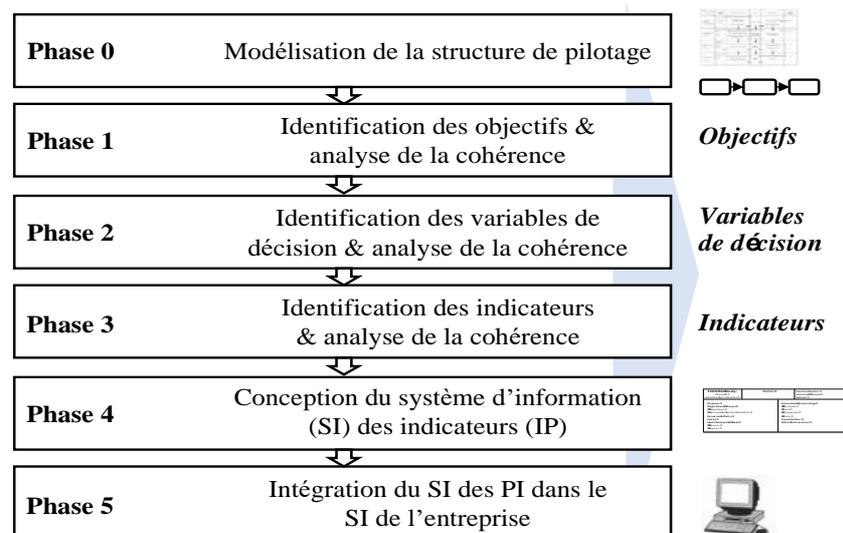


Figure 7 : Démarche de la méthode ECOGRAI

Une étape préliminaire (phase 0) nécessite la modélisation du système de décision (en utilisant la grille GRAI) pour lequel les indicateurs de performance sont construits. Les trois étapes suivantes sont liées à l'identification pour chaque décision des objectifs, des variables de décision et des indicateurs de performance et à la cohérence de l'ensemble. La quatrième étape est consacrée à la conception du système d'information supportant les indicateurs et la dernière à la mise en œuvre en utilisant généralement des outils de business intelligence.

2.4. Le rôle du contrôle de gestion dans l'évaluation de la performance

Le Contrôle de Gestion (CdG) joue un rôle très important dans le pilotage des organisations. Né dans la grande industrie au début du XXe siècle, il a évolué pour couvrir un domaine plus

large et moins facilement modélisable que la recherche des gains de productivité dans les entreprises. Le CdG est vu par certains praticiens comme un système d'ajustement et de régulation des comportements dans les entreprises.

2.4.1. Évolution du contrôle de gestion

Depuis les travaux d'Anthony (1965), dans les années 1960, le CdG n'a cessé d'évoluer. A cette époque, il est appréhendé sous un angle instrumental et technologique, comme un ensemble d'actions mises en œuvre par les managers dans un but commun déterminé. C'est une période technique d'implantation d'outils focalisée sur les fonctions comptable, budgétaire et de reporting. Le CdG est considéré comme un outil d'aide à la décision pour les managers afin qu'ils puissent « faire ce qu'il faut (l'efficacité) » et le « faire bien (l'efficience) ».

Dans les années 1980, le CdG devient organisationnel, avec pour objectif le déploiement de la stratégie (Anthony, 1988); (Bouquin, 1986). Bouquin insiste sur deux objectifs cruciaux du contrôle de gestion : (1) la qualité du système décisionnel et (2) l'évaluation des performances. Il argumente sa position dans les entreprises entre le contrôle opérationnel et la planification stratégique. Un glissement sémantique se produit avec la substitution du terme « contrôle » à la notion de « pilotage ».

À l'époque, Johnson (1992) et Lorino (1995) relevèrent, qu'aucun modèle universel de pilotage descendant n'est satisfaisant, l'importance dans l'amélioration des performances réside dans l'autonomie des acteurs aussi bien cognitive (part de connaissance pour agir) que politique (part de pouvoir).

Selon Anthony (1988), le CdG est devenu l'un des aspects les plus importants de la gestion dans les entreprises industrielles et commerciales. En raison de l'absence de profit comme élément unificateur de la fonction, il a été mis en œuvre plus tard dans les organisations sans but lucratif et surtout dans les organisations publiques. Le CdG est essentiellement un style de gouvernance des organisations. Selon Bouquin (2010), le contrôle de gestion sert la gouvernance externe et interne :

- **En termes de gouvernance externe**, il vise à rendre compte aux « *détenteurs du droit de gouverner* » (actionnaires, autorité de tutelle, etc.) des résultats de l'organisation et de leur niveau de correspondance avec les objectifs stratégiques qui lui sont assignés ;

- **En termes de gouvernance interne**, le contrôle de gestion est un moyen de s'assurer que les actions des dirigeants sont cohérentes avec ces objectifs stratégiques.

Ainsi, l'objectif du contrôle de gestion est d'assurer « *la convergence des objectifs et la coopération* » à l'intérieur et à l'extérieur de l'entreprise (Bouquin, 2010). Cette conception du CdG suppose une architecture de délégation entre une autorité externe et les dirigeants de l'organisation, d'une part, et entre ces dirigeants et les managers opérationnels, d'autre part. Elle suggère que les superviseurs se sont vu attribuer des champs d'action déjà établis.

2.4.2. Situation actuelle du contrôle de gestion et perspective

Pendaries (2021) dresse un constat sur le contrôle managérial dont il déduit qu'à l'heure actuelle, le CdG est le plus fréquemment instrumentalisé, notamment en raison de son poids politique. C'est l'histoire du système d'arrosage. Fréquemment, les informations fournies par le directeur général sont exploitées pour la communication externe au détriment de la communication interne. La gestion de la performance reste toutefois l'objet principal du CdG. En tant que processus, la performance est généralement associée aux notions de cohérence et de pertinence.

Selon Capet *et al.*, (1996) « *la cohérence signifie que les décisions sont rationnelles entre elles (cohérence interne) et par rapport à une échelle de préférences (cohérence externe)* ». Selon Bessire (1999), si « *la cohérence peut être définie simplement, elle peut aussi être facilement mesurée* ». Cependant, la pertinence présente une difficulté de définition. Elle est typiquement définie en termes d'utilisateur ou d'intention. Cependant, elle est parfois confondue avec la « *cohérence* ». Selon Bescos et Mendoza (1994), elle démontre la compatibilité entre les moyens et les objectifs.

Selon Boisvert et Caron (2014) la cohérence organisationnelle « *est mise à mal par les mécanismes de gouvernance, stratégiques et opérationnels qui comprennent des leviers techniques (incitations) et des leviers techniques (incitations, objectifs et normes) pour éviter les obstacles de (la concurrence interne, l'individualisme et la rigidité cognitive)* ». Selon ces auteurs, les apports du CG permettraient, au niveau de la cohérence interne, d'acquérir une réalité concrète le distinguant des autres mécanismes tels que ceux du marketing, de la finance, des ressources humaines, et au niveau de la cohérence externe, d'assurer sa pertinence en

permettant aux acteurs de s'y reconnaître et de l'utiliser. Pendaries (2021) a constaté également que le CDG s'est éloigné des managers opérationnels (middle management) alors qu'il devrait s'en rapprocher. Il met également en évidence le danger d'une « *automatisation* » des systèmes de pilotage grâce au progrès des outils informatiques alors que le CdG trouve sa légitimité dans l'interaction, l'interactivité et donc dans la relation humaine.

Depuis 2006, des universitaires comme Bouquin et Fiol (2007) s'interrogent sur l'avenir du CDG, constatant qu'il est en conflit entre « *servir la direction générale (son devoir de reporting) et gouverner le terrain et ses procédures (son approche par processus)* ».

Selon des chercheurs comme Bollecker et Naro (2014), le CDG ne peut pas être appréhendé indépendamment de son contexte historique et sociotechnique de l'entreprise. Selon eux, les structures sociotechniques du CG doivent être reconsidérées.

Dans ce cadre, Fornerino *et al.* (2010) font le lien entre les modèles comportementalistes des managers en contrôle de gestion (CDG) et la performance de l'entreprise. Ce dernier intègre la variable « *satisfaction des managers vis-à-vis du CDG* ». Il montre également, que cette variable, peut donner une représentation de la performance du CDG à prendre en compte à la fois par les chercheurs et par les contrôleurs de gestion. Enfin, l'auteur pose la question de savoir quels sont les leviers sur lesquels agir pour optimiser la satisfaction des managers vis-à-vis du CDG.

Langevin et Mendoza (2014) de leur part, avancent qu'au-delà de son rôle d'aide à la décision à travers des outils qu'il mobilise notamment le budget, les tableaux de bords, le CDG présente également une fonction importante d'influence du comportement des managers. Les auteurs expliquent à ce titre, comment les composants du contrôle par les résultats à savoir la fixation d'objectifs, mesure de performance et gratifications, influencent les attitudes et les comportements des managers en de manière indirecte leur performance. De son côté, Benaziz, (2022), adopte une approche perspective pour défendre la multi dimensionnalité de la performance des indicateurs d'entreprises (IE). Pour évaluer cette performance l'auteur s'appuie sur l'outil BSC qui est un outil emprunté du CDG.

2.4.2.1. Les points faibles à améliorer

Pendaries (2021) a suggéré dans ses recherches une liste de points faibles du CG méritant des améliorations. Celle-ci peut être résumée de la façon suivante :

- Il est trop centré sur la chasse à l'efficience et à l'efficacité en termes de coûts et insuffisamment centrée sur l'efficacité (satisfaction des parties prenantes) par la mobilisation d'une logique de valeur.
- Il produit trop d'informations aussi bien quantitatives que qualitatives, volume excessivement important par rapport à la capacité cognitive des décideurs qui en sont destinataires.
- Il n'est pas assez prospectif. Les prévisions ne suffisent pas. Il pourrait recourir, par exemple, à des méthodes de scénario.
- Il privilégie le court terme au détriment du long terme. En se focalisant sur des objectifs à court terme, il occulte les intérêts de l'organisation sur la durée. Si la durée de vie de la plupart des produits-services diminue constamment, les capacités de réponse aux besoins des clients nécessitent des investissements importants en termes de ressources, qui doivent être analysées à long terme. On retrouve ici l'importance de l'immatériel dans les entreprises et du capital humain en particulier dans ses développements futurs.
- Il véhicule encore une image de « Bras armé » de la Direction (Sanction, Manipulation, Fausse responsabilité, etc.). Selon une étude récente réalisée auprès d'un échantillon de contrôleurs de gestion, Ce contexte explique leur mal de vivre aujourd'hui.

Sur la base de la description des faiblesses du CdG par (Eggrickx, 2014) et de la description des problèmes futurs du CdG par (Bollecker et Naro, 2014), Pendaries (2017) a proposé les évolutions suivantes :

- Dénoncer l'une des impasses verticales les plus significatives, l'élimination des effectifs et divisions non productives, qui préconisent la réduction des coûts par opposition à la génération de valeur à partir des ressources de l'entreprise.
- Opter pour une approche globale du contrôle opérationnel, du CdG et du contrôle stratégique (Suppression de la représentation pyramidale d'Anthony), en permettant de remédier aux difficultés de mise en œuvre de la stratégie en ne séparant plus le sommet stratégique et les opérationnels. En abaissant les barrières ou « frontières » entre les différentes composantes du contrôle, l'encadrement intermédiaire retrouve un rôle important dans l'articulation valeur-coûts.
- Revoir la répartition en centres de responsabilité (une des impasses horizontales) qui semble remettre en cause l'autonomie car ils sont liés à la qualité du système d'informations et la conception de la hiérarchie (Top management).

- Ne plus conceptualiser le système de contrôle externe à l'organisation, ce qui l'expose aux effets d'imitation et aux pressions coercitives et normatives, à l'instar de la théorie institutionnelle qui recommande l'adoption du même système de CG à l'intérieur d'un même champ institutionnel.
- Systématiser sa présence dans la gouvernance des organisations et s'engager dans la planification des stratégies.
- Accroître la validité de la fonction auprès des acteurs de l'organisation.
- Fournir au contrôleur de gestion les outils appropriés pour assumer une position de conseil plus proactive.

2.4.2.2. Évolutions du Contrôle de Gestion d'un point de vue pilotage et contrôle

Les travaux de Simons (1995) et Ferreira et Otley (2009) fournissent une vision globale et non déterministe des Systèmes de Contrôle de Gestion (SCG), dans le modèle de Pilotage de la performance. Selon Alcouffe *et al.* (2013), « *les SCG doivent être ouverts et dynamiques en interrelation avec l'environnement, la stratégie, la structure organisationnelle, le contrôle managérial et culturel de l'entreprise, mais doivent également être le résultat de facteurs contextuels tels que l'environnement, la stratégie, la structure organisationnelle, la technologie, la taille, la structure de propriété, etc.* ». La composante téléologique du pilotage le distingue du contrôle. Pendaries (2011) le définit comme « *un système agrégé de décision-action fondé sur la responsabilité, la représentation et l'interprétation des acteurs de l'organisation, intégrant les objectifs stratégiques de l'organisation, et doté de deux objectifs propres : agir sur la performance et contribuer à améliorer la cohésion et la cohérence au sein de l'organisation* ». En effet, selon Mevellec (2000) « *les systèmes de coûts ne sont pas autonomes mais construits, ils ne poursuivent donc pas leur propre finalité. (...) Contrairement aux systèmes de coûts, les systèmes de pilotage poursuivent leur propre finalité en raison de leur caractère téléologique* ».

La marge de progression des systèmes de pilotage porte sur :

- Le pilotage des risques (industriels, économiques, sociaux et sociétaux, financiers et environnementaux) avec une approche plus proactive ;

- Le pilotage des objets limites de l'organisation avec plus d'unanimité (Budget versus contrôle diagnostic et TB versus contrôle interactif). L'objet rationaliste permettrait une conception plus réflexive ;
- Le pilotage de la cohérence et de la cohésion organisationnelle avec les intérêts à long terme de l'organisation ;
- Le pilotage du processus de transfert de connaissances intra et inter organisationnel (Pendaries et Castaneda, 2013); (Pendaries et Quillaud, 2015) pour une plus grande capacité de création de valeur par les organisations,
- Un pilotage par la valeur car c'est la valeur qui détermine les coûts et non l'inverse. La logique du coût, qui a guidé les systèmes de CG pendant des décennies, doit être complétée par une logique de la valeur, qui est essentiellement inexistante dans les systèmes de CG à l'heure actuelle.

2.5. Conclusion

Comme démontré par la littérature exposée au niveau de ce chapitre, la performance devient une composante incontournable de la gestion et particulièrement la gestion hospitalière du fait de l'exigence des usagers, de l'évolution technologique ou encore de la limitation dans l'usage des ressources. Ce chapitre a ainsi mis l'accent sur la complexité de la notion de la performance notamment en raison de ses caractères ambigus, multidimensionnels et dynamiques. De ce fait, il a été démontré au sein de ce chapitre qu'il n'existait pas une définition universelle de la performance, mais plutôt une diversité d'interprétation en fonction du contexte et de la spécificité des objectifs à atteindre. Par ailleurs, la performance est également observée comme composante importante du pilotage permettant aux institutions de mesurer et d'évaluer leur succès par rapport à leurs objectifs stratégiques.

Dans ce même contexte, ce chapitre expose également l'évolution du contrôle de gestion et son lien avec la performance hospitalière, et que plusieurs auteurs se sont intéressés à son rôle comme outil fondamental dans le pilotage des organisations. De ce constat, nous pouvons retenir que le contrôle gestion joue un rôle crucial dans l'évaluation de la performance en fournissant des informations, des analyses et des outils pour mesurer, suivre et améliorer la performance organisationnelle. Le contrôle de gestion évolue parallèlement pour accompagner les changements et l'évolution de l'environnement que ce soit sur le plan économique,

technologique ou bien organisationnel. Afin d'accompagner au mieux ces évolutions, le contrôle de gestion peut adopter des méthodes innovantes telles que le contrôle de gestion stratégique et le contrôle de gestion par la valeur. C'est que dans ce sens le chapitre suivant abordera le contrôle de gestion et la performance hospitalière, en mettant l'accent sur les spécificités et l'évolution du contrôle de gestion dans le contexte hospitalier et son lien avec la performance hospitalière. En outre, ce chapitre exposera les différentes dimensions et modèles de la performance hospitalière afin de pouvoir adopter une approche d'évaluation basée sur les parcours de soins à travers la modélisation desdits parcours et la détermination de leurs coûts.

Chapitre 3.

Le contrôle de gestion et la performance hospitalière : vers une approche basée sur le parcours de soins

Le contrôle de gestion hospitalier présente des spécificités du fait que la notion même de performance hospitalière n'est pas simple à définir. Dans ce chapitre, il sera question de mettre en œuvre le contrôle de gestion à l'hôpital et nous précisons la notion de performance hospitalière ainsi que les dimensions et modèles qui lui sont associés, qu'ils soient monodimensionnels ou intégrateurs. Viendra ensuite le pilotage de la performance, ses niveaux de décision et ses différentes fonctions détaillées. Enfin, il s'agit d'aborder l'enjeu des parcours qui représente notre champ d'investigation afin de : proposer une grille de lecture générique de la performance hospitalière et, disposer d'un modèle adapté au contexte multiple de la décision (multi-objectif, multi-niveau), constituant un outil pertinent d'aide à la décision.

3.1. Le contrôle de gestion hospitalier : spécificité, évolution, fonctions

Debrosse et Samson (1994) indiquent que l'étendue de la diversité des compétences des structures hospitalières, le développement de services hyperspécialisés, l'incommunicabilité entre les différents services (administratif, médicaux, techniques...) participent à la complexité des organisations hospitalières. Dans un tel environnement, les outils du contrôle de gestion sont compliqués à utiliser et la plupart des gestionnaires se basent principalement sur les budgets et les reportings pour construire leurs visions et prendre leurs décisions.

Mintzberg (1982) considère l'hôpital comme une bureaucratie professionnelle avec un noyau opérationnel prédominant. Dans ce type d'organisation, les responsabilités du contrôle de gestion sont comparables à celles d'une aide à la décision par le biais de la planification de la gestion et d'un conseil en matière de comportement par la délégation. Le principal mécanisme de normalisation de cette organisation est axé sur la certification des opérateurs plutôt que sur les performances des unités opérationnelles, car la complexité des opérations de travail et les difficultés d'évaluation des produits rendent tout système de contrôle des performances inefficace.

En l'absence d'un système de mesure capable de rendre compte avec précision des activités des professionnels, l'ampleur de la gestion de la performance dans une organisation telle qu'un hôpital est limitée, tout comme les possibilités pour les analystes de la planification et du contrôle d'y trouver un poste (Mintzberg, 1982, 1991).

Selon Alvarez (2000), l'hôpital est entouré de dangers médicaux, organisationnels et environnementaux. A titre d'illustration, au niveau du risque organisationnel, il distingue :

- Le « risque-produit », induit par la difficulté de définir précisément le produit hospitalier et dont l'enjeu principal est la qualité des soins ;
- Le « risque-procédure », lié à la pertinence des outils de gestion par rapport au contexte dans lequel ils s'insèrent et dont l'enjeu est la qualité de l'instrumentation de gestion ;
- Le « risque-personne » qui recouvre : d'une part la qualité des rapports des individus aux outils et, d'autre part la qualité des relations interpersonnelles. Les enjeux complémentaires de ce risque sont l'adhésion aux objectifs de l'organisation et la création et la préservation de relations de coopération entre individus.

C'est ainsi qu'il déduit que le contrôle de gestion représente un outil qui assure la maîtrise des risques hospitaliers à travers la gestion des activités, des processus, la mise en place de système d'information performant et la dématérialisation des flux.

Selon le cadre de Thompson et Tuden (1959) repris par Burchell *et al.* (1980), l'hôpital est une organisation dont le processus de transformation présente un haut degré de complexité et un faible degré de consensus sur les objectifs de l'organisation. Par conséquent, l'hôpital est une organisation particulièrement pertinente pour analyser l'évolution du contrôle de gestion.

Actuellement, et comme c'est le cas depuis plusieurs années, la préoccupation majeure des structures hospitalières est, d'une part d'améliorer de façon continue la qualité des soins prodigués aux usagers et, d'autre part, d'optimiser les moyens déployés à cette fin (efficience hospitalière).

Cependant, les contraintes des établissements hospitaliers diffèrent d'un secteur à l'autre. En plus de la notion d'éthique et de déontologie inhérente au secteur hospitalier, le secteur privé a une contrainte de rentabilité financière contrairement aux établissements publics ou privés à but non lucratif. Ces derniers ne sont, par définition, pas soumis aux exigences de la recherche du profit, ni à celle de la rémunération du capital. Leur finalité est plus de rechercher l'efficience et l'efficacité ainsi que l'amélioration de la performance qui s'entend de deux manières : la performance financière, mais encore plus, la performance sociale.

Les organismes de soins de santé ne peuvent plus se contenter de « rapporter » leurs données d'activité, de suivre les indicateurs de performance et d'évaluer leurs actions. Les hôpitaux passent d'une stratégie basée sur les dépenses à une stratégie basée sur les recettes, en raison de l'importance croissante de l'analyse du coût des traitements. Le contrôle de gestion est un nouvel instrument stratégique dans cet environnement. En France, la tarification à l'acte (T2A) a été l'une des principales techniques employées par les autorités réglementaires pour freiner la croissance des dépenses hospitalières. Aussi la mise en place de tarifs opposables aux établissements de santé, a rendu nécessaire l'analyse des ressources engagées dans chaque établissement afin de contribuer à l'équilibre financier global. Cet équilibre ne peut être atteint que si l'augmentation de l'activité n'est pas synonyme de déficit.

3.2. La performance hospitalière

Bonvoisin (2011) souligne que tout comme la performance en tant que telle, la performance hospitalière est difficile à définir. Selon Pouvourville (1998) c'est la nature même de la prestation hospitalière qui pose problème car « il s'agit d'une prestation de service et, en tant que telle, elle est dépendante à la fois du travail des producteurs de soins eux-mêmes et de la contribution des malades. [...] Par voie de corollaire, la prestation hospitalière ne produit pas que des soins ayant un effet essentiellement biologique sur le malade. Elle pallie une triple dépendance du malade : physique, psychologique et sociale ». Par ailleurs, la variété des

définitions et caractérisations proposées par la littérature témoigne également de cette difficulté. A titre d'exemple, le ministère de la santé (Blanc *et al.*, 2007) cite les points suivants :

- La performance doit être considérée dans une approche globale. Elle recouvre simultanément l'efficacité socio-économique (la prestation de soins répond-elle aux besoins de santé ? est-elle fournie en respectant le standard de qualité attendu ?), l'efficience (le service est-il réalisé au moindre coût ?) et la qualité de service (accessibilité des soins, délais d'attente, ...)
- Une relation étroite existe entre qualité et organisation des établissements : optimiser l'organisation permet des réductions de coûts. Efficacité économique et efficacité médicale et sanitaire sont ainsi complémentaires.

La performance hospitalière se mesure à plusieurs niveaux :

- Au niveau d'un établissement de santé, devant répondre à une partie des besoins de santé du territoire qu'il dessert ;
- Au niveau d'un territoire de santé ou d'une région, défini dans le Schéma Régional de l'Offre de Soins. C'est à ce niveau que l'on vise une offre de soins complète ;
- Au niveau national, la performance est mesurée dans le cadre de la politique de santé et de l'allocation des moyens et ressources, incluant le respect de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) qui fixe les limites de dépenses du système de santé.

Comme indiqué précédemment, la performance et l'efficacité des hôpitaux dépendent de la maximisation de la qualité, des coûts et de l'organisation.

3.2.1. Les dimensions de la performance hospitalière

Teil (2002) identifie trois éléments importants de la performance des hôpitaux qui conditionnent leur succès et justifient leur activité :

- **La dimension verticale** désigne la capacité de l'offre de soins de l'hôpital à converger vers les objectifs globaux de la société ;

- **La dimension latérale** renvoie à la capacité de l'hôpital à répondre aux exigences de ses patients, ainsi qu'à celles de son personnel, des bailleurs de fonds du système et du grand public.
- **La dimension horizontale** fait référence à la capacité de l'hôpital à collaborer avec les autres entités du système de santé pour assurer la qualité des soins dans ses dimensions techniques (par exemple, le bon équipement), médicales (par exemple, le bon acte), soignantes (par exemple, les bonnes compétences), organisationnelles (par exemple, le bon moment et la bonne information), sociales (par exemple, le bon endroit) et psychologiques (par exemple, la bonne attention et la bonne communication).

Claveranne et Pascal (2004), quant à eux, mettent en évidence la cohabitation de trois visions interdépendantes de la performance hospitalière :

- **Une vision extérieure**, fondée sur des indicateurs de santé publique et s'appuyant sur des indicateurs sanitaires synthétiques et statistiques, avec les dangers que peut comporter leur mauvaise interprétation ;
- **Une vision médicale** qui évalue l'efficacité des résultats selon des références médicales et qui cherche à réduire le risque clinique ;
- **Une vision de l'administration hospitalière** qui donne la priorité à l'efficacité de toutes les activités de l'hôpital.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Bureau Régional Europe adhère à ces différents points de vue. Dans le cadre du projet PATH (The Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospital) elle définit six importantes dimensions de la performance hospitalière : l'efficacité clinique (Clinical effectiveness), l'efficience (Efficiency), la responsabilité envers les ressources humaines (Staff orientation), la responsabilité envers la population locale (Responsive governance), sécurité (Safety) et l'approche centrée sur le patient (Patient centeredness). (Champagne et Guisset, 2005).

3.2.2. Modèles de performance hospitalière

Plusieurs auteurs, notamment Avedis (1966), Sicotte *et al.* (1998), Buttard et Marmorat (2014), se sont intéressés à la performance hospitalière et à son évaluation.

Avedis (1966) affirme qu'il est possible d'évaluer la qualité et la performance des hôpitaux à partir de trois paramètres :

- La structure de l'hôpital, qui a un impact sur la qualité des soins dans la mesure où elle augmente la probabilité de fournir des soins performants ;
- Les résultats reflétant l'état de santé de l'individu, qui permettent d'évaluer la qualité des soins dans la mesure où l'on considère qu'une amélioration de l'état de santé du patient reflète la qualité des soins ;
- Les processus qui font référence aux pratiques professionnelles et qui influencent la qualité des soins.

Selon cet auteur, la performance globale d'un hôpital doit être évaluée selon ces trois axes. Il distingue trois sortes d'indicateurs : les indicateurs de « *structure* », de « *résultats* » et de « *processus* ». De plus, il souligne que la performance est évaluée différemment selon l'angle d'observation et différencie la performance individuelle, collective et organisationnelle. Les utilisateurs évaluent la qualité des soins en fonction de critères de performance individuels (capacités du praticien), collectifs (soins en équipe) et organisationnels (l'organisation utilise les ressources disponibles).

Dans leur recherche, Sicotte *et al.* (1998) (figure 8) ont voulu déterminer les relations entre la performance des hôpitaux et leurs caractéristiques cliniques et organisationnelles. Son modèle (figure ci-dessous) unifie et souligne la complémentarité et le conflit entre les différentes conceptions de la performance. Selon celui-ci, les hôpitaux peuvent atteindre une performance optimale si ces derniers trouvent un équilibre entre quatre paramètres : l'adaptation, l'atteinte des buts, la production et le maintien de la valeur.

Selon Dussault (2001), la structure et la gestion des ressources humaines permettent la performance. En réalité, il a catégorisé la performance selon cinq facteurs : la couverture en personnel, la productivité, la qualité technique (Technicité), la qualité socioculturelle et la stabilité organisationnelle.

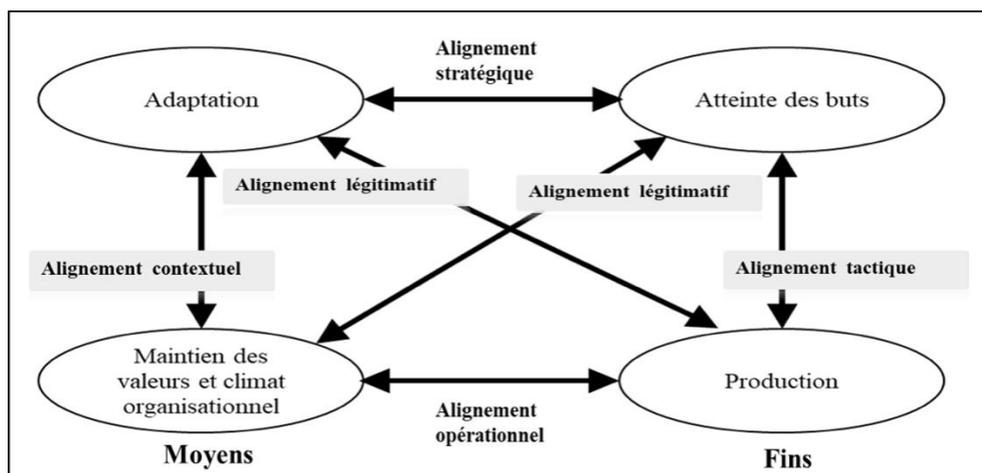


Figure 8 : Modèle de la performance hospitalière

Ci-après nous exposons un récapitulatif des modèles multidimensionnels de l'évaluation de la performance les plus répandus au niveau de la littérature applicables aux établissements hospitaliers, ainsi que leur avantages (Table 2).

Table 2 : Récapitulatif des modèles de mesuré de la performance

Modèles	Modèle de Sicotte, 1998	Modèle de Donabedian, 1988	Modèle du BSC, 1992	Modèle PATH, 2005	Modèle Buttard et Marmorat 2014
Leviers de performance	Quatre fonctions : <ul style="list-style-type: none"> • Production, • Fixation d'objectifs, • Maintien des valeurs • Adaptation à l'environnement. 	Trois leviers : <ul style="list-style-type: none"> • Structure, • Processus, • Résultats. 	Quatre axes : <ul style="list-style-type: none"> • Finance, • Client, • Processus, • Apprentissage organisationnel. 	Six dimensions : <ul style="list-style-type: none"> • Efficacité clinique, • Efficience, • Personnel, • Gouvernance réactive, • Sécurité, • Soins centrés sur le patient. 	Quatre dimensions distinctes <ul style="list-style-type: none"> • Economique et budgétaire, • Prise en charge du patient (Triptyque santé /patient/qualité) • Organisationnelle • Territoriale analysant les relations de l'établissement avec son environnement et ses partenaires locaux,
Avantages	Modèle intégratif.	Permet d'améliorer la qualité des soins.	<ul style="list-style-type: none"> • Permet l'abondant du contrôle bureaucratique. • Soutient la survie de l'organisation. 	Outil de benchmarking avec les autres hôpitaux et d'amélioration de la qualité.	Performance hospitalière doit être globale
Source : Berrada, H. & Marghich, A. (2023)					Source : A. Buttard & S.Marmorat (2014)

Au niveau de la table 2, il est exposé le modèle Buttard et Marmorat (2014) vue son intérêt pour notre recherche, il a été mis en évidence dans le cadre de l'évaluation globale de la performance hospitalière avec ses quatre dimensions proposées. Ce modèle sera adopté aux fins de ce travail car il est plus complet que les alternatives en termes de dimensions considérées et plus cohérent avec la nécessité de rationaliser les dépenses de santé, en nous concentrons sur les deux premières dimensions du modèle : la dimension économique et budgétaire et la dimension prise en charge.

3.2.3. Évaluation de la performance hospitalière

Les objectifs économiques qui définissent la performance des hôpitaux et les attentes sociales placent aujourd'hui le secteur hospitalier au même niveau que les autres secteurs (industriel, commercial) et le l'oblige à être compétitif. Cette concurrence économique et les efforts de l'industrie de l'assurance maladie, qui mène les hôpitaux à fidéliser leur clientèle en leur offrant un plus grand choix de soins de santé, constituent un facteur très important et décisif dans le domaine économique.

D'autre part, la hausse flagrante des frais relatifs aux soins depuis quelques années devient une préoccupation majeure des financeurs du secteur de la santé. Cette hausse est due principalement à l'évolution du monde de la médecine et à l'utilisation de ressources coûteuses, parfois de manière irrationnelle, voire inutile.

Aussi, l'évaluation de la performance au niveau du secteur public a connu un considérable développement depuis les années 90 Sebaï (2015). Celui-ci a été accompagné par la création du comité central d'enquête sur le coût et le rendement des services publics dans le but d'optimiser les services rendus aux citoyens en vue d'une quête de performance. Les différents remaniements et réformes ont participé à l'évolution de l'administration publique, passant d'une logique de moyens à une logique de résultats qui constitue une étape primordiale de l'amélioration de la performance selon la théorie du Nouveau Management Public (NMP). Dans ce cadre, l'évaluation de la performance repose sur le principe des quatre « E » : Effet/Impact, Effectivité, Efficacité, Efficience.

Une nouvelle gestion publique a vu le jour ces dernières décennies poussant les organismes publics à repenser leur mode de gouvernance et de fonctionnement afin d'assurer une meilleure qualité du service rendu auprès de leurs citoyens. Pour ce faire, la mise en place d'indicateurs de performance s'avère être indispensable et doit être effectuée avec soin et être personnalisée à chaque structure afin de bien définir les objectifs et choisir les indicateurs les plus pertinents.

En France, La loi organique relative aux lois de finances (LOLF) a pour objectif : (1) de mesurer l'efficacité de l'action publique en rendant ses objectifs et ses résultats plus transparents pour le Parlement, les acteurs sociaux, les contribuables et les citoyens et, (2) de mesurer et améliorer son efficience en corrélant la qualité du service rendu aux bénéficiaires ou aux usagers avec les ressources mobilisées. Mise en œuvre à partir du 1er janvier 2006, elle propose

un nouveau canevas du budget de l'État. Cette réforme a introduit de nouveaux modes de gestion dans les administrations, reposant sur la performance. Ainsi, l'Etat est passé d'une logique de moyens à une logique de résultats pour laquelle toute dépense doit être justifiée.

La loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale (LOLFSS), promulguée le 2 août 2005 (et mise en application pour la première fois dans le cadre du PLFSS 2008), est le pendant de la LOLF pour les organismes de sécurité sociale. Elle a pour objectif de rénover la présentation du PLFSS pour en faire un outil de pilotage plus efficace. A la différence du Projet de Loi de Finance, le PLFSS n'associe pas de cibles quantifiées aux indicateurs, mais des tendances souhaitables d'évolution. Dans le domaine sanitaire et social, cohabitent donc deux documents qui proposent des indicateurs de performance : les programmes de qualité et d'efficience (PQE) issus du PLFSS des différentes branches de la protection sociale (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, retraite, famille, financement, invalidité et dispositifs gérés par la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie(CNSA) et les Programmes Annuels de Performance des missions dans le secteur sanitaire et social (santé, solidarité, insertion et égalité des chances, travail et emploi, ville et logement) issus du PLF.

Partant des principes du Nouveau Management Public (NPM), la LOLF souligne également le principe de transparence et d'« *accountability* » sur ses objectifs et ses résultats qui n'étaient pas suffisamment mis en évidence dans la NPM appliquée au domaine sanitaire.

Selon Buttard et Marmorat (2014), l'évolution constante de la gouvernance hospitalière nécessite un réexamen des modèles traditionnels d'évaluation de la performance hospitalière via l'identification des acteurs (stakeholders) contribuant à la création de valeur au sein de l'hôpital et l'identification des intérêts communs impliqués dans l'amélioration de la performance des établissements de santé. Selon Lombrail *et al.* (1999), la performance hospitalière est multidimensionnelle par nature. Elle ne peut faire abstraction des finalités des établissements publics de santé ni de leurs contextes, qui varient en fonction de leur taille, de leur position et de leur localisation. Les réformes ont étendu les missions du service public hospitalier et contraint les hôpitaux à s'engager davantage avec des partenaires extérieurs. L'hôpital devient Ainsi le maillon d'une chaîne de prestataires qui sont contraints d'unir leurs efforts pour améliorer l'efficacité médicale et économique des soins aux patients au cœur du système de santé. Bien que beaucoup pensent que la performance des hôpitaux doit être évaluée à l'aide d'un cadre global et multidimensionnel, les performances financières et cliniques sont principalement évaluées (Le Pogamet *et al.*, 2009).

D'autres pays, comme le Royaume-Uni, les États-Unis, le Canada et l'Australie, utilisent depuis plusieurs années une ou plusieurs grilles pour modéliser la performance globale des établissements de santé. De même, l'OMS et l'OCDE ont chacune leurs propres critères de référence pour la comparaison des systèmes hospitaliers internationaux.

Arah *et al.* (2003) déduisent qu'une certaine convergence apparaît, qui met en avant l'efficacité, l'efficacité clinique (qualité et caractère approprié des soins, sécurité, résultats) et l'équité d'accès (financière, géographique).

Un examen de la littérature spécialisée sur le sujet révèle qu'un consensus se dégage autour des quatre modèles dominants les plus fréquemment utilisés pour définir le concept de performance organisationnelle (Cameron et Whetten, 1983) (Morin *et al.*, 1994) (Quinn et Rohrbaugh, 1983) (Sicotte *et al.*, 1998). Selon la théorie de l'organisation, il existe quatre méthodologies principales couramment employées pour évaluer la performance organisationnelle (Quinn et Rohrbaugh, 1983) :

- **Le modèle rationnel** : largement axé sur l'atteinte des objectifs, il cherche à déployer des normes qui évaluent la quantité ou la qualité des produits ou services produits.
- **Modèle des relations humaines** : il se préoccupe davantage de la croissance et du bien-être des individus, reconnaissant que la performance et le succès de l'organisation sont directement proportionnels au degré d'autonomie et de confiance offert à ses membres.
- **Système ouvert sur l'environnement** : il met l'accent sur les liens et les échanges qu'une entreprise entretient avec ses clients, ses fournisseurs, ses pairs, et toute autre entité de son environnement économique et social en développement.
- **Orientation vers les processus internes** : selon ce paradigme, la performance dépend fortement du fonctionnement et de la gestion efficaces des mécanismes de l'organisation. Indicateurs relatifs à la gestion de l'information, à la qualité du processus décisionnel ou à l'efficacité et l'efficacité des opérations internes.

3.3. La mesure de la performance basée sur les parcours de soins

Nous avons souligné dans le chapitre 2 l'importance de la notion de parcours dans la gestion des systèmes de santé. L'objectif de cette partie est de se focaliser sur l'état de l'art relatif à la

mesure de performance liée à la notion de parcours. Comme le terme de parcours apparaît plutôt dans les systèmes où l'objet subissant l'activité est une personne, il sera question d'élargir la réflexion de manière à prendre en considération les approches basées sur les flux.

En matière de valorisation des soins et l'évaluation de leurs coûts réels, Kaplan et Porter (2011) appréhendent une problématique majeure liée à la valeur des soins en l'articulant selon trois axes principaux à savoir : Assurer les soins de qualité à travers des prestations liées au maintien de survie et la valorisation de l'autonomie des patients.

Évaluer et quantifier le temps requis pour la récupération partielle ou totale du patient, en tenant compte de son niveau de satisfaction à partir des résultats obtenus. Cela implique une mesure précise du degré de satisfaction ou de mécontentement tant pour les patients que pour les prestataires de soins. Le suivi du parcours de soins du patient est également crucial, permettant d'évaluer la pérennité de son état de santé en termes de récurrence des symptômes, de complications induites par le traitement et de résurgence des complications initiales.

A travers leur approche et leur critique du système d'évaluation des coûts aux Etats-Unis, les auteurs, analysent la situation et formulent des critiques qui portent essentiellement sur les réponses inappropriées apportées par les politiques et les assureurs pour l'évaluation des coûts et le remboursement des coûts relatifs aux prestations médicales.

La problématique majeure dont il est question dans ce cadre est de pouvoir maîtriser les coûts en adoptant des instruments adéquats pour générer de la valeur pour les patients, les prestataires et pour les assureurs. Il ressort qu'il faudrait se focaliser principalement sur les résultats obtenus par le traitement et les soins reçus par le patient plutôt que de viser essentiellement le remboursement des procédures effectuées par les services hospitaliers. Les auteurs avancent que les acteurs confondent ou ignorent les coûts des prestations des soins aux patients ainsi que les coûts comparés aux résultats obtenus.

Nous pouvons synthétiser les éléments clés qui ressortent de la réflexion de Kaplan et Porter (2011) comme suit : Dans le cadre du système actuel critiqué, le fait de réduire les remboursements semble être inefficace car cette réduction ne réduit pas les coûts réels des prestations des soins mais réduit uniquement les factures des prestataires et leurs revenus. Le système actuel est inefficace et incapable de lier les coûts aux améliorations des processus et aux résultats empêchant ainsi de réaliser des réductions de coûts systématiques et durables. L'incapacité du système actuel à mesurer efficacement les coûts réels et à comparer ces coûts aux résultats engendre une inefficacité des outils de remboursements des prestations de soins ainsi qu'une insatisfaction et une frustration du côté des patients et des prestataires de soins.

Pour remédier à cette situation, les auteurs formulent des recommandations, notamment le recours au benchmark en s'inspirant des modèles innovants issus des Etats-Unis et d'Europe. Ces modèles utilisent des instruments de mesure qui évaluent les coûts avec précision au niveau de chaque patient sur un cycle complet de soins en comparant les coûts aux résultats.

La question cruciale qui ressort de cette analyse est comment générer de la valeur et obtenir de meilleurs résultats à un coût total inférieur ? De ce fait, l'approche à adopter est le recours aux instruments de mesure qui évaluent avec précision les coûts réels liés aux prestations de soins en les comparant aux résultats obtenus toujours à la recherche de la valeur pour le patient.

3.3.1. Le contexte : du flux à la performance des parcours de soins

Selon da Silveira et Sousa (2010), le management des flux s'exécute à trois niveaux : stratégique, tactique et opérationnel. Le niveau stratégique a pour objectif de satisfaire le marché dans son ensemble dans le cadre de la stratégie générale de l'entreprise. Le niveau tactique cherche à mettre en corrélation les choix stratégiques, les capacités, et les meilleures pratiques, donc de pilotage opérationnel assure le suivi et le contrôle du flux physique afin d'assurer la mise à disposition des produits à chaque maillon de la chaîne selon les conditions définies à ce niveau.

Genin (2005) ajoute que le flux réel est « vivant » et que la situation constatée au quotidien est forcément différente de ce qui a été planifié, pensé et conçu.

Dans notre contexte, nous nous intéressons au niveau opérationnel et, plus particulièrement, à la recherche de la performance par la gestion des flux de patients (les parcours), tout en déployant les outils classiques de mesure de performance et de contrôle de gestion.

A l'hôpital, le parcours patient a été identifié depuis plusieurs années comme la donnée technique principale pour le pilotage opérationnel des flux hospitaliers. Cependant, il n'existe pas véritablement aujourd'hui de méthode de pilotage des parcours. Pourtant, la définition du parcours de chaque patient permet de connaître précisément la performance de celui-ci.

La figure 9 illustre cela pour le coût d'un parcours de soins, partant de l'analyse du coût de chaque activité. Ces activités sont définies comme toutes celles participant au parcours, en intégrant par exemple le diagnostic au côté du traitement nominal de la maladie.

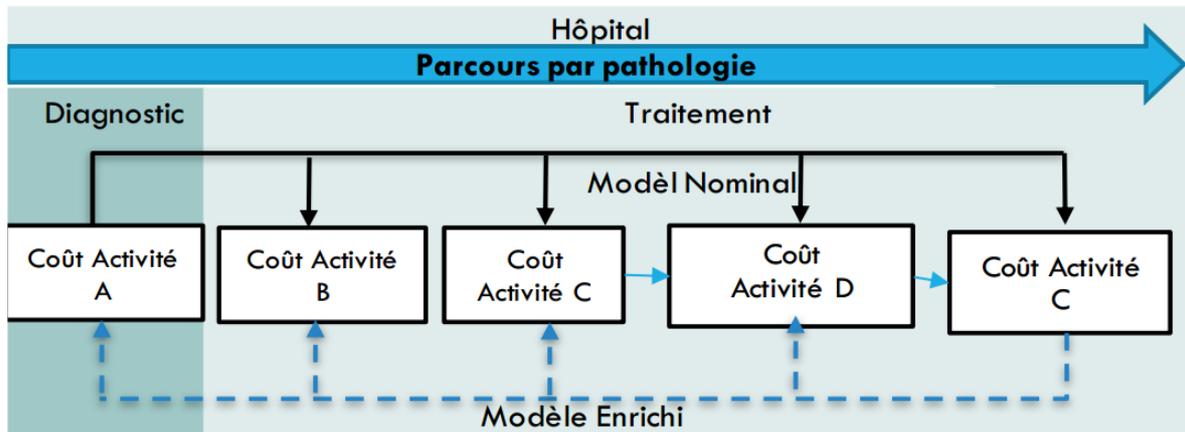


Figure 9 : Mesure de performances d'un parcours par l'analyse de ses activités

Le recours au contrôle de gestion reste indispensable pour la détermination et le pilotage des coûts de chaque parcours de soins, en intégrant les différentes rubriques de charges. L'originalité d'une approche par parcours est de passer d'une logique de comptabilité générale à une logique de comptabilité individualisée par parcours et de déterminer les indicateurs susceptibles de renforcer la performance des activités (figure 10).

Au-delà du principe, il ressort que cette approche peut être réellement mise en œuvre que seulement si la notion de parcours est clairement définie. C'est à quoi s'est attelé le système de santé lors des dernières années.

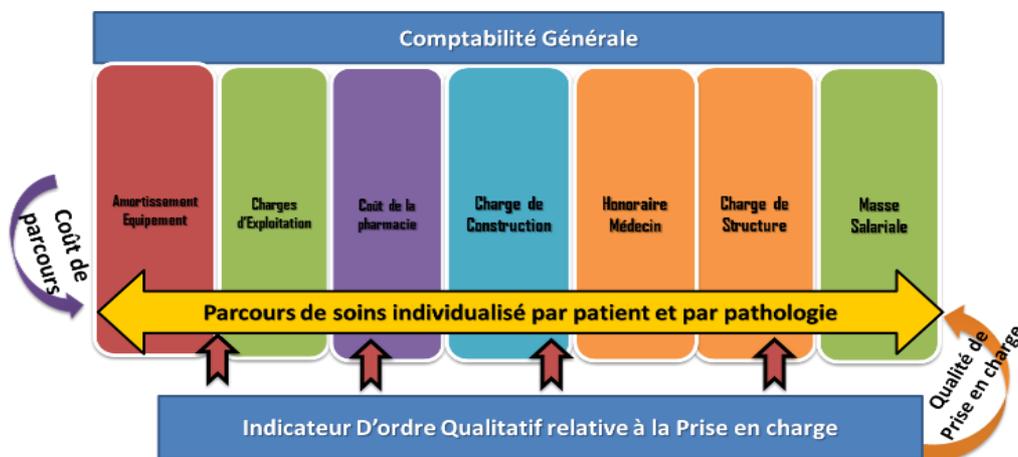


Figure 10 : Passage d'une logique de comptabilité générale à une logique de comptabilité par parcours

3.3.2. La définition des parcours par le système de santé

Les soins de santé évoluent vers des soins axés davantage sur la personnalité du patient. Cette vision orientée patient conduit naturellement à comprendre une action sanitaire comme une continuité d'activités qui s'appliquent au patient, d'où la notion de parcours. Au bout du compte, cela conduit à considérer le système de santé comme un ensemble de parcours individualisés que suivent les patients au travers d'activités et de ressources, vision orthogonale à celle traditionnellement orientée ressources. A partir de là, il est envisageable que les établissements de santé réfléchissent à leur qualité, efficacité et accessibilité à travers le prisme de l'organisation de leurs processus de soins.

Dans cette perspective, il est possible que les établissements de soins de santé évaluent leur qualité, leur efficacité et leur accessibilité à travers le prisme de l'organisation de leur processus de soins. L'une des principales exigences pour restructurer le système de cette manière est le développement et la modélisation des parcours de soins, ainsi que leur exécution pratique. Les parcours de soins, également connus sous le nom de parcours cliniques, parcours de soins intégrés et parcours de soins critiques, sont utilisés dans le monde entier pour une variété de populations de patients et de conditions de santé (Vanhaecht, 2007).

Selon Féry-Lemonnier (2014), la notion de parcours répond à la nécessité de modifier notre système de santé face à la prévalence croissante des maladies chroniques et à l'évolution des besoins de la population. Au sein des parcours, se structurent la prévention, les soins, la prise en charge médicale et sociale. La notion de « *parcours* » est largement utilisée par les acteurs du système de santé. Elle est l'un des piliers du projet de loi de santé français de 2014 et fait partie de chaque loi de financement de la Sécurité sociale promulguée depuis 2012. Il est référencé dans plusieurs stratégies de santé publique (par exemple, celles décrivant la prise en charge du cancer, des accidents vasculaires cérébraux et de l'obésité morbide).

Le mot « *parcours* » est utilisé pour décrire la prise en charge des patients par les acteurs du réseau de santé. Les Agences régionales de santé (ARS), au niveau de leur publication de 2016 "*Lexique des parcours de A à Z*" définissent le parcours comme « *la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur sur un territoire donné avec une attention accrue à la personne et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du*

médico-social et du social, et intégrant les déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement ». Ce même organisme distingue trois sortes de parcours : le parcours de soins, le parcours de santé et le parcours de vie.

La figure 11 illustre l'incorporation de types consécutifs les uns dans les autres. Le parcours de santé est une composante du cycle de vie, qui englobe tous les acteurs sociétaux et leurs interactions avec l'éducation et le travail. Ce dernier s'appuie sur la sphère médico-sociale et comprend lui-même le parcours de soins qui se focalise sur les actions sanitaires.



Figure 11 : Les différentes notions de parcours (ARS, 2016)

3.3.2.1. Le parcours de vie

Face au vieillissement de la population et à l'augmentation de l'espérance de vie, il est crucial d'évaluer le parcours de vie humain afin de développer des modèles de parcours de vie. Les sociologues ont été les premiers à construire la perspective du « *parcours de vie* » et à lui donner un cadre conceptuel qui nécessite une réévaluation périodique et inclut diverses parties prenantes et des activités coordonnées entre divers acteurs. Il existe plusieurs définitions du parcours de vie, certaines plus générales que d'autres. Selon Lalive d'Epinay, Bickel, Cavalli, et Spini (2005), le parcours de vie est défini comme un « modèle ou modèles de curriculum qui, dans une société et un temps donnés, organise(nt) le déroulement de la vie des individus dans ses continuités et discontinuités ». Ces modèles consistent d'une part, en des systèmes de normes et d'allocation de ressources prenant la forme de profils de carrières et de statuts d'âge, ainsi que de transitions généralement associées à des âges typiques et d'autre part, en un ensemble de représentations collectives et de références partagées. Ils constituent l'une des médiations centrales entre le système socioculturel et les individus. Le parcours de vie est une

réalité sociale ou une institution sociale, selon Kohli (1986). En d'autres termes, un ensemble de lois qui régit un aspect essentiel de l'existence.

Selon Elder Jr et Shanahan (2007), le cycle de vie consiste en un ensemble de trajectoires plus ou moins interconnectées se rapportant aux multiples arènes dans lesquelles se déroule l'existence d'un individu : école, travail, famille, associations, etc. au niveau de l'étude de 2012, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a décrit le parcours de vie comme suit : « *L'idée de parcours de vie englobe l'itinéraire de chaque individu dans les plusieurs dimensions de son existence : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne* ». Utilisé dans le domaine de la santé (au sens large de l'OMS), le concept de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la « période » et la transition du bien-être physique, mental et social d'une personne, de sa capacité à prendre des décisions ou à contrôler ses conditions de vie, de ses interactions avec son entourage et de sa participation sociale.

Ainsi, nous soutenons que le parcours de vie englobe l'ensemble des expériences d'un individu de la naissance à la mort, en prenant en considération sa formation familiale, culturelle et religieuse, son environnement social et civique, son logement et son emploi, et son existence en général. Tous ces facteurs auront sûrement un effet sur ces décisions, notamment sur sa santé, résultat des bonnes et mauvaises décisions qu'il a prises tout au long de sa vie.

3.3.2.2. Le parcours de santé

La HAS (2014) définit le parcours de santé comme suit « *Les parcours de santé résultent de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées. Pour cela, les professionnels doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels* ». L'article premier de la loi de modernisation du système de santé, qui modifie l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, précise que ces parcours ont pour objet de garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins à la population en coordonnant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, tout en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque région. Selon l'Agence Régionale de Santé Bretagne (2015), le parcours de soins est l'enchaînement des étapes et le cheminement d'un sujet dans un système sanitaire et social

organisé, à un moment et en un lieu donné. En plus du parcours de soins, il répond à des besoins préventifs, sociaux et médico-sociaux.

Le parcours de santé concerne ainsi l'ensemble des déterminants de santé. Il englobe les acteurs des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux dont le choix et la coordination permettent d'assurer dans la durée la prise en charge la plus adaptée, la plus globale et la plus harmonieuse pour le patient. Cela suppose un ensemble de notions déjà présentes dans le cadre du parcours de soins : un trajet, des étapes, des points de concertation, une gradation des prises en charges, une définition des secteurs professionnels sollicités, une coordination de l'ensemble, etc. (Benabdejlil, 2016).

3.3.2.3. Le parcours de soins

Les parcours de soins sont désormais adoptés comme base de la coordination des soins, y compris la maîtrise des processus et des délais de traitement, afin d'accroître l'efficacité des soins tout en préservant et en améliorant leur qualité. Le parcours de soins est spécifié séparément des ressources mises en œuvre. En tant que tel, il englobe un vaste éventail de systèmes de soins et toutes les combinaisons possibles de ceux-ci.

Les parcours de soins sont considérés comme l'une des stratégies les plus efficaces pour contrôler la qualité des soins en termes de normalisation des procédures de soins, car ils encouragent des soins aux patients structurés et efficaces, fondés sur des données probantes, dans le but de minimiser la variabilité des pratiques cliniques et d'améliorer les résultats pour les patients. De même, L'Association européenne des parcours de soins (AEP) définit un parcours de soins comme un processus complexe visant à faciliter la prise de décision partagée et à organiser les soins pour un groupe de patients spécifique au cours d'une période déterminée.

Les caractéristiques du parcours de soins sont présentés comme suit (Vanhaecht, 2007) :

- Une déclaration explicite des objectifs et des éléments clés des soins, fondée sur des données probantes, les meilleures pratiques, les attentes des patients et leurs caractéristiques ;
- La facilitation de la communication entre les membres de l'équipe et avec les patients et les familles ;
- La coordination du processus de soins en coordonnant les rôles et en ordonnant les activités de l'équipe multidisciplinaire de soins, des patients et de leurs proches ;

- La documentation, le suivi et l'évaluation des écarts et des résultats, et l'identification des ressources pertinentes.

De nombreux chercheurs et professionnels de la santé ont élucidé et défini la notion de parcours de soins dans des ouvrages publiés. Selon Campbell, Hotchkiss, Bradshaw, et Porteous (1998), « *le cheminement clinique vise à améliorer la production des soins, réduire les risques, augmenter la satisfaction des patients en optimisant l'usage des ressources disponibles. Le parcours de soins se compose d'un dossier multidisciplinaire unique qui fait partie du dossier clinique du patient et d'une fiche de synthèse du patient* ». Le parcours de soins peut également être défini comme « *un plan de soins qui est développé et utilisé par une équipe multidisciplinaire, et est applicable à plus d'un aspect de soins* » (Kwan et Sandercock, 2003). De même, De Bleser *et al.* (2006) le définissent comme « *un procédé qui fournit la gestion des soins d'un groupe spécifique de patients pendant une période bien définie de temps. Les objectifs sont explicites et les interventions clés sont formulées. Celles-ci sont fondées sur des preuves, des lignes directrices, de meilleures pratiques et des résultats (attendus) pour les patients* ». Les objectifs sont énoncés en détail et les interventions essentielles sont définies. Celles-ci sont basées sur la recherche, les meilleures pratiques, les recommandations et les résultats (anticipés) des patients.

Le parcours de soins est décrit par Deccache et van Ballekom (2010) comme une intervention compliquée pour la prise de décision en collaboration et la coordination de soins prévisibles pour un groupe bien défini de patients sur une période bien définie. Face à cette pléthore de définitions, Benabdejlil (2016) a proposé une définition qui vise à consolider et insister sur la description d'une séquence d'étapes conditionnées et coordonnées centrées sur le patient : « *Un parcours de soins est un processus complexe centré patient et constitué d'un enchaînement idéal d'étapes et de tâches considérées comme essentielles relativement à un problème clinique spécifique. Il possède des objectifs explicites et correspond à une évolution clinique attendue. Son point de départ et son point d'arrivée correspondent généralement au début et à la fin de la prise en charge du patient. Finalement, il correspond à la trajectoire globale du patient* ».

3.3.2.4. Les parcours complexes

Le parcours est fréquemment qualifié de « *compliqué* », qu'il concerne la santé ou le traitement. L'article 14 de la loi de modernisation du système de santé de 2016 le définit comme suit : « *Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale*

du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux. Le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier, en veillant à leur intégration dans la prise en charge globale du patient ». Le médecin traitant ou un médecin collaborateur est à l'origine du recours aux fonctions d'appui, en veillant à les intégrer dans la prise en charge globale du patient. Ce concept a été adopté par l'ARS Hauts de France (2016) dans le cadre des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) (mission n° 2 « *Appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient* »). Les PTA sont des dispositifs mis en place par la loi de 2016, dont l'objectif est d'accompagner les professionnels libéraux (médecins de premier recours en premier lieu) pour les aider à coordonner les parcours complexes de ces patients, quel que soit leur âge ou leur pathologie, si cette dernière nécessite la mobilisation de professionnels d'horizons divers pour accompagner le patient concerné. Cette aide peut être proposée, par exemple, par des personnes spécialisées dans l'organisation de consultations pluridisciplinaires qui apportent leur soutien à la coordination du parcours de soins.

Enfin, pour aider les professionnels à identifier une « *circonstance de parcours difficile* », l'ARS Hauts de France a ajouté les paramètres suivants à la PTA : Les situations complexes peuvent notamment être identifiées par la fréquence des situations qui se présentent au médecin généraliste et par la multiplicité des acteurs impliqués (exemples : soins palliatifs, gérontologie, précarité, addictions...), par leur faible fréquence parmi la patientèle du médecin généraliste (exemples : besoin d'expertise en sclérose en plaques, cancer, neuro-vasculaire...).

3.3.2.5. Les parcours patients

Selon la HAS (2012), le parcours de soins correspond aux soins proposés aux personnes (patients) dans le but de restaurer ou d'améliorer leur état de santé. Celles-ci requièrent diverses compétences professionnelles (consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicaux ou chirurgicaux, traitements d'urgence). D'après Bachellez (2010), le parcours de soins peut se définir comme « *un ensemble d'étapes que le patient va suivre tout au long de la trajectoire déterminée par sa maladie et par la spécificité de sa situation, depuis son admission à l'hôpital jusqu'à sa sortie, en passant par les différentes structures et professionnels qui assureront sa prise en charge* ». Claveranne et Pascal (2004) soulignent par ailleurs que le parcours du malade à l'intérieur de l'hôpital s'apparente à une succession de pas japonais entre

les différents « nœuds » fournisseurs de prestations de service. De ces deux définitions, ressort une certaine confusion entre le parcours de soins tel que défini jusqu'ici qui se veut indépendant des ressources mises en œuvre et, le parcours d'un patient à l'intérieur d'un hôpital. Ainsi, le parcours de soins et le parcours patient sont des termes connexes, leur usage étant rarement différencié. Aissou *et al.* (2016) notent tout de même une distinction qui apparaît intéressante pour ce qui nous concerne : « *Le parcours patient traite davantage du parcours de soins d'un patient au sein d'un établissement de soins, alors que le parcours de soins peut être utilisé pour définir un parcours qui peut avoir débuté et se terminer à l'extérieur d'un établissement de santé* ». D'après Pique (2019), il ne s'agit pas pour autant de confondre cette notion avec celle de « circuit » du patient. Le circuit du patient consiste à décrire le parcours physique et géographique du patient au sein des établissements, et d'identifier les différents acteurs hospitaliers médicaux, paramédicaux, sociaux ou bénévoles intervenant pour lui lors de son séjour. De la même manière, la gestion des flux de patients, qui concerne directement l'organisation des établissements qui pilotent les différentes étapes de prise en charge, ne correspond pas directement au parcours patient au sein des locaux. Toutefois, l'influence des flux ou du circuit du patient est à prendre en considération pour la création et le déploiement des parcours patient.

Une autre notion apparaît souvent dans la littérature : le chemin clinique. La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) (2015), précise que « *le chemin clinique contient la description détaillée et l'analyse de la totalité du processus de prise en charge du patient, issus à la fois des données de la littérature que de l'observation de la pratique de terrain. Les différentes phases, étapes, actions, ressources nécessaires et personnels affectés ainsi que les interfaces (ex. : organisation des consultations d'amont, coordination des soins avec les différents acteurs, etc.) sont identifiées. Le chemin clinique est partagé par l'ensemble des professionnels participant à la prise en charge du patient* ». Psiuk et Verhest (2011) ajoutent : « *La construction des chemins clinique est centrée sur le patient, autour des processus de prise en charge. La finalité est de décrire tous les éléments incontournables à prendre en compte dans le parcours du patient, pour une pathologie donnée. [...] il s'agit de décrire et de décortiquer, voire d'analyser, l'ensemble des éléments d'un processus [...] de respecter les attributs de la démarche d'analyse des processus dans la prise en charge d'un patient et autour de cette prise en charge* ». Les auteurs indiquent aussi que le chemin clinique facilite la gestion des actes de soin tout au long du parcours avec, en arrière-plan, la gestion de l'ensemble des risques. Ces définitions laissent penser que le chemin clinique est équivalent au parcours de soins tel que défini plus avant.

Pourtant, ces auteurs ajoutent : « *Il constitue pour la sortie du patient, un outil important pour élaborer la synthèse de l'hospitalisation et de l'ensemble du parcours de soins. Il trace chacun des actes de soin réalisé et identifie en même temps l'ensemble des acteurs de santé qui sont intervenus, à un moment ou un autre, dans la prise en charge du patient* ». De plus, le chemin clinique, par « *la visibilité des ressources utilisées dans la réalisation des différentes tâches constitue, pour l'encadrement, une source essentielle pour l'étude des coûts, des durées d'hospitalisation, des écarts entre charge prévisionnelle en soins et charge réelle* ».

3.3.2.6. Définition et opérationnalisation des parcours de soins par la Haute Autorité de Santé

Dans le processus d'amélioration continue de la prise en charge clinique et thérapeutique et de l'accompagnement des malades atteints de maladies chroniques, la HAS précise que cela doit passer d'abord par l'application des bonnes pratiques professionnelles et la promotion de parcours de soins qui comprend, le juste enchaînement au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins, en l'occurrence : les consultations, les actes techniques ou biologiques, les traitements médicamenteux et non médicamenteux.

Le principe consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme. Cette notion de parcours de soins permet ainsi de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués, sachant que la nécessité d'une telle coordination de qualité augmente avec le nombre des professionnels concernés qui varie selon la complexité de la situation, notamment en situation de polypathologie. La démarche permet finalement une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins : pertinence, sécurité, efficacité clinique mais aussi accessibilité, continuité et « point de vue du patient ».

La HAS a souhaité inscrire ses travaux relatifs aux maladies chroniques dans une logique de parcours de soins. Elle a fait évoluer la gamme classique des Affection de Longue Durée (ALD) et a proposé une nouvelle approche pour 4 maladies chroniques : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO), maladie de Parkinson, maladie rénale chronique et insuffisance cardiaque.

Les productions de la HAS à ce sujet visent à répondre à 3 enjeux :

- Promouvoir une gestion prospective et coordonnée de la prise en charge ;
- Conjuguer harmonisation des pratiques (maîtrise des points critiques) et personnalisation du parcours du patient ;
- Faciliter l'implication du patient dans sa prise en charge.

Elles sont constituées des documents suivants :

- Le Programme Personnalisé de Soins : document de soutien à la mise en œuvre opérationnelle d'un parcours de soins,
- Le guide du parcours de soins (et sa synthèse qui se focalise sur les points critiques du parcours) : référence du parcours de soins pour les professionnels et définition de la prise en charge générale et usuelle d'un malade chronique,
- Le schéma résumé du parcours : présentation de l'articulation des professionnels intervenant aux différentes étapes.

Même si ces définitions précisent les choses, des travaux ont été menés pour aller vers une véritable modélisation des parcours. L'objectif est de réduire encore l'incertitude sur la nature et le contenu des parcours mais également pour rationaliser et systématiser des démarches autour des parcours tels que pilotage, coordination ou mesure de performance.

Afin de traiter de la performance hospitalière dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes focalisés sur la partie du parcours de soins internes à l'hôpital, c'est-à-dire ce qui ressort des citations précédentes de Bachellez (2010). Dans ce sens, la figure 17 introduit le parcours patient comme un quatrième parcours à ajouter à la nomenclature proposée par l'ARS (2016). Dans un objectif de circonscrire au périmètre de l'hôpital.

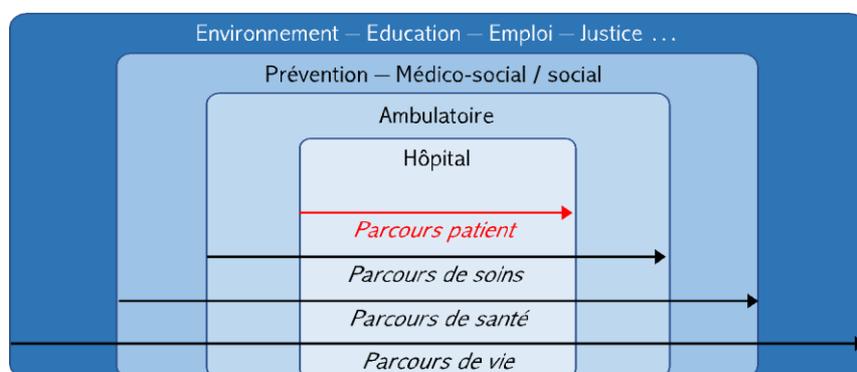


Figure 12 : Positionnement du parcours patient dans la nomenclature proposée par l'ARS

3.3.3. La modélisation des parcours de soins

Les travaux présentés ici ont été menés par Benabdejlil (2016). L'objectif de ce travail de recherche était de partir des préconisations fournies par des organismes tels que la HAS pour construire des modèles du parcours. Ces modèles de parcours devaient alors être utilisables pour développer des services tels que l'affectation et la programmation des ressources, la coordination du parcours, etc. La démarche suivie était globalement organisée de la manière suivante :

1. Etat de l'art de la modélisation d'entreprise et de son application aux systèmes de santé ;
2. Expression des besoins en termes de modélisation des parcours de soins ;
3. Choix d'un langage de modélisation de processus et son adaptation à la modélisation des parcours de soins ;
4. Proposition d'exemples d'utilisation.

3.3.3.1. Expression des besoins en termes de modélisation des parcours de soins

Il faut avant tout faire la différence entre parcours type et parcours personnalisé. Un parcours type est construit sur la base des bonnes pratiques et, a priori, sans connaître les personnes qui le suivront. Le parcours personnalisé est une déclinaison du précédent pour un cas donné, c'est-à-dire prenant en compte les spécificités de ce cas. Bien que le parcours type soit lié à une maladie unique (par définition), le parcours personnalisé peut être, quant à lui, rattaché à plusieurs maladies (cas de multi-pathologies) et, donc, à plusieurs parcours types.

Le parcours est ensuite constitué sur la base des concepts suivants : la maladie, le patient, l'acte, la ressource, l'enchaînement et décisions rattachées et la ligne temporelle (figure 11). Ces six concepts sont décrits en détail dans (Benabdejlil, 2016).

Cette analyse préliminaire permet de construire un méta-modèle (dit prescriptif) des deux types de parcours.

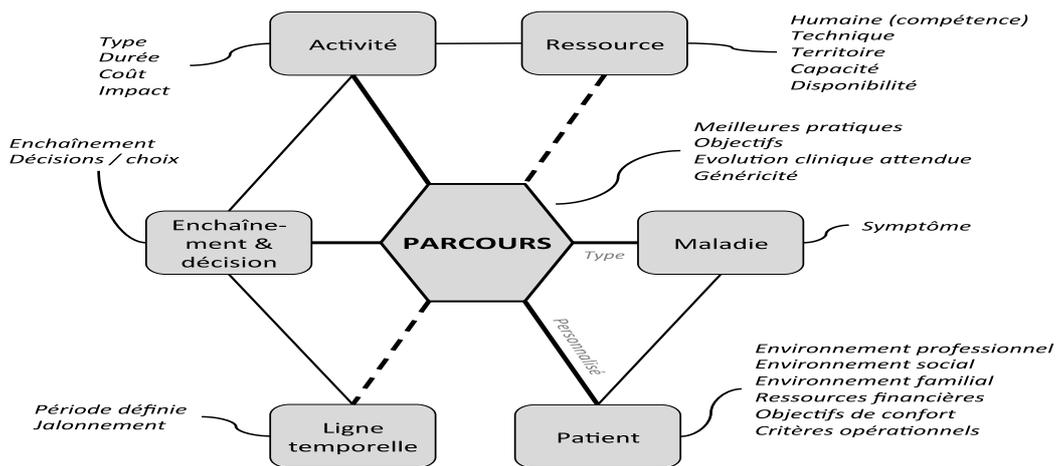


Figure 13 : Concepts sous-tendant la notion de parcours

3.3.3.2. Choix d'un langage de modélisation de processus et son adaptation à la modélisation des parcours de soins

Issu de l'état de l'art précédent, le langage GEA (GRAI Extended Actigram) paraît Intéressant à adopter vu son l'intérêt montré au niveau de la thèse de (Benabdeljalil 2016).

Un méta-modèle de ce dernier a été élaboré à des fins de comparaison avec le méta-modèle prescriptif déjà proposé. L'organisation générale de la démarche suivie est présentée figure 13.

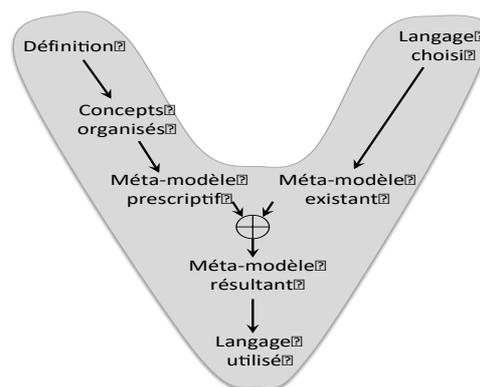


Figure 14 : La démarche suivie

Le résultat de cette phase a été la proposition du méta-modèle du langage qui sera utilisé. Ce méta-modèle est finalement issu de l'adaptation du méta-modèle de GEA. La dernière tâche a été d'associer une syntaxe (représentation graphique) à ce « nouveau » langage en s'inspirant de la syntaxe de GEA.

3.3.3.1. Proposition d'exemples d'utilisation

Benabdejilil a ensuite utilisé ce langage pour représenter les parcours type de deux maladies : la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO, figure 14) et la grippe A H1N1. Les informations utilisées sont les bonnes pratiques fournies notamment par la HAS. Concernant la BPCO, les informations proviennent de (HAS 2019) et la figure C présente le modèle.

BPCO complet

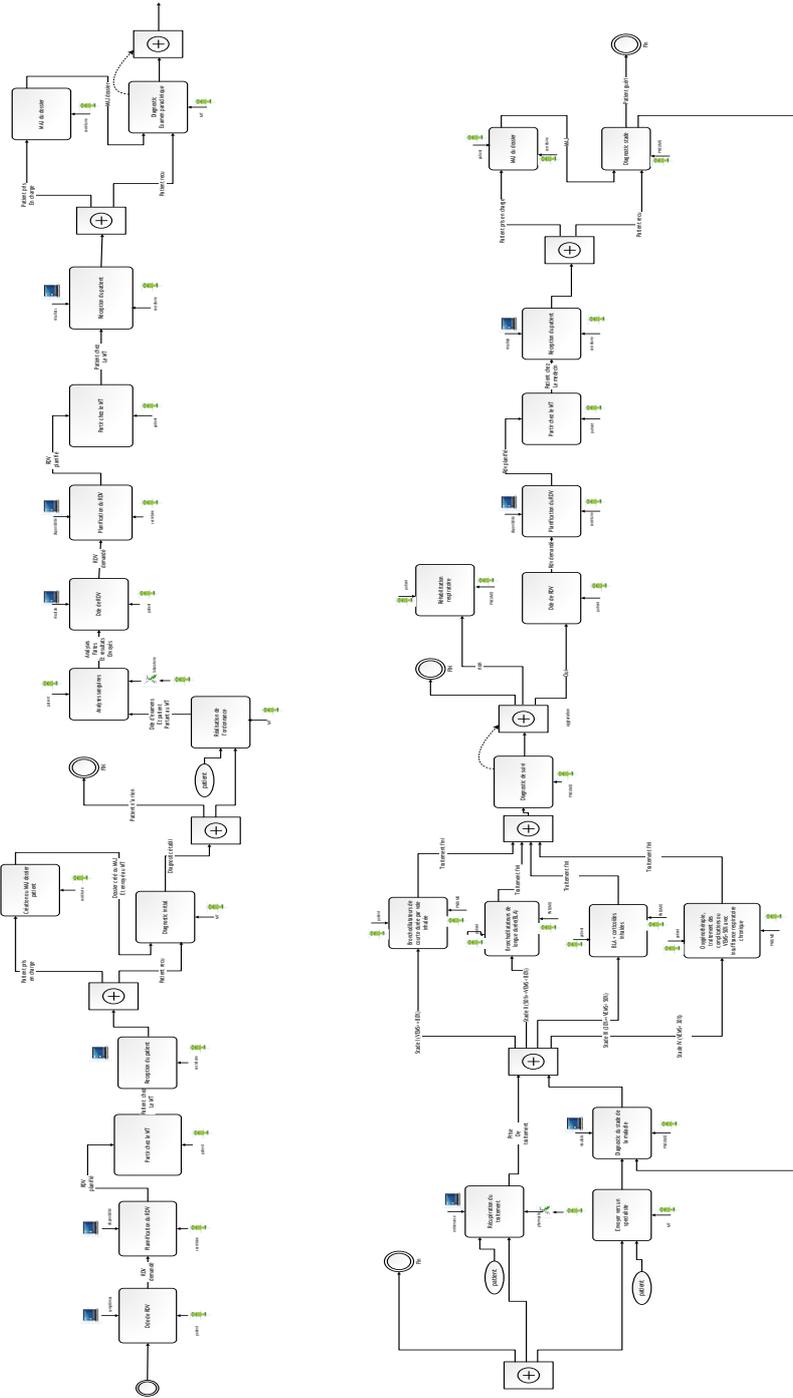


Figure 15 : Le modèle du processus de soin de la BPCO

Lors de la mise en place de notre démarche de recherche, il est apparu que L'Extended Actigram (tel qu'utilisé par Benabdejlil) n'était pas adaptée aux spécificités de notre contexte d'étude : il nécessitait la représentation de certains éléments pour lesquels l'information n'était pas disponible et de toute manière, pas utile pour l'objectif visé ici. Nous avons préféré nous appuyer sur un langage beaucoup plus simple (de type SADT) et suffisant pour ce que nous recherchons à représenter.

Dans ce même ordre d'idées, les recommandations de la méthode ABC ont été parfois adopter pour l'identification des activités ainsi que des ressources consommées.

3.3.4. La méthode Activity Based Costing (ABC)

L'ABC est observé comme l'une des nouveautés managériales les plus importantes de la fin du XXe siècle (Birkinshaw *et al.*, 2008), (Mol et Birkinshaw, 2014) et c'est l'innovation en contrôle de gestion la plus étudiée (Zawawi et Hoque, 2010), (Gosselin, 2007). Par ailleurs, plusieurs auteurs ne se concordent pas sur la définition de ce qu'est un système ABC, aussi bien au niveau théorique (Alcouffe et Malleret, 2004), (Mévellec, 2005), (Gosselin, 2007) qu'au niveau de son opérationnalisation (Bisbe *et al.* 2007), (Schoute, 2011), (Brierley 2011). On peut parler d'un modèle qui repose sur le triptyque " ressources, activités, objets de coût ".

La logique de calcul peut être décrite ainsi : les activités consomment des ressources et les objets de coûts (services, produits, clients, etc.) consomment des activités. Deux types d'inducteurs sont utilisés pour répartir le coût des ressources sur les activités et celui des activités sur les objets de coûts. Bien que relativement proche de la méthode des centres d'analyse du point de vue du fond technique (Hatchuel et Weil, 1992), (Bouquin, 2011), (Mévellec, 2017) s'accordent que l'ABC s'en éloigne en termes de philosophie gestionnaire et de vision simplifiée de l'organisation si nous désirons faire une comparaison de la méthode ABC avec d'autres méthodes nous pouvons choisir la Méthode des coûts directs, qui est une méthode plus simple et directe, elle se concentre sur l'attribution directe des coûts à des produits ou services spécifiques, ce qui la rend facile à comprendre et à mettre en œuvre pour de nombreuses entreprises. Pour L'ABC elle nécessite une analyse détaillée des activités de l'entreprise et une répartition des coûts basée sur ces activités. Cela peut la rendre plus complexe et nécessite plus de temps et de ressources pour sa mise en œuvre. Il est à préciser que la Méthode des coûts directs Bien qu'elle soit simple, cette méthode peut parfois sous-estimer ou surestimer certains coûts, en particulier si des coûts indirects ne sont pas

correctement pris en compte, quant à Méthode ABC : En se concentrant sur les activités réelles et en répartissant les coûts en fonction de ces activités, l'ABC offre généralement une image plus précise des coûts réels d'un produit ou service.

En raison de simplicité le Coût de mise en œuvre la Méthode des coûts directs est généralement léger, en revanche la mise en œuvre de l'ABC Bien qu'elle offre une meilleure précision, est plus coûteuse en raison de sa complexité et de la nécessité d'une analyse plus détaillée des activités de l'entreprise.

3.3.4.1. Principes

Cette méthode vise à accumuler les coûts par étapes du processus de réalisation du produit ou du service. Ce ne sont plus les produits qui engendrent les coûts mais les activités. La façon de faire les choses engendre des activités qui engendrent des coûts et les produits consomment ces activités.

La manière dont les choses sont réalisées crée des actions qui génèrent des dépenses, lesquelles sont ensuite consommées par les biens. Ainsi, selon Lebas (1992), à partir de l'étude des activités nécessaires pour rendre le bien ou le service accessible au client, « *les dépenses calculées par la technique ABC représentent, nonobstant des conventions incontournables, de manière compréhensible ce que l'entreprise fait pour satisfaire le consommateur* ». Le concept de processus est dérivé du concept d'articulation des actions par rapport au résultat souhaité.

La méthode ABC mérite une attention particulière car elle constitue une nouvelle forme de management qui remet en cause l'organisation de l'entreprise :

- D'une organisation basée sur des compétences et des métiers (fonctionnelle) à un réseau de processus mis en place pour fabriquer des produits et satisfaire des clients (transfonctionnelle);
- De la logique passive de la comptabilisation des coûts à un coût qui est le résultat de la construction d'un processus.

Cette nouvelle méthode est fondée sur le concept de valeur, qui commence par l'articulation des activités et des produits : quelles activités sont nécessaires pour fournir des choses de valeur, et combien coûtent-elles ?

C'est à ce stade, Selon Lebas et Mevellec (1999), qu' « *il faut tenter d'évaluer l'exigence de maîtriser simultanément le coût et la valeur* ». Pour ces auteurs, notre objectif est de « *rassembler les activités qui, par leurs interrelations, constituent une partie de la chaîne de valeur d'une entreprise [...]* ». Ces opérations conduisent toutes à la fourniture d'une caractéristique à valeur ajoutée pour le client. Chacune des catégories résultantes se distingue par la production de biens ou de services. L'intrant désigne l'unité de mesure de la production qui fait généralement apparaître la majorité de l'utilisation des ressources.

Pour Lebas et Mevellec (1999), « *après avoir compris les attentes du client, on compare les procédures actuelles à celles nécessaires pour identifier les besoins potentiels d'adaptation* » (logique d'ingénierie organisationnelle). Ensuite, nous pouvons calculer les ressources anticipées nécessaires pour répondre à une stratégie de marché (logique de causalité). La construction d'un système permettant de contrôler le fonctionnement efficace et effectif des processus, des activités et des tâches est nécessaire pour la gestion quotidienne (logique de pilotage).

3.3.4.2. Mise en œuvre

La construction du nouveau système de mesure s'appuie généralement sur les étapes suivantes :

1. Identification des activités ;
2. Évaluation des ressources consommées par chacune d'elles ;
3. Définition des inducteurs d'activités ;
4. Affectation du coût des activités aux objets de coûts.

1. Identification des activités. Une activité est une collection d'actions identiques qui sont indicatives d'un processus de la chaîne de valeur et utilisent des ressources (Bescos et Mendoza, 1994). Les attributs suivants décrivent une activité :

- Faire appel à un savoir-faire spécifique
- Consommer des ressources,
- Avoir une production,
- Avoir un client.

L'activité traduit un processus, transcende le cadre étroit des divisions fonctionnelles et hiérarchiques, et présente ainsi une vision transversale de l'organisation. Ce n'est que dans cette

perspective que l'on peut appréhender la production de valeur, notamment pour les activités de support, et mettre en œuvre des démarches d'amélioration continue cohérentes avec une stratégie de qualité globale.

2. Évaluation des ressources consommées par les activités. Selon Penrose (2009), les ressources n'ont de valeur que dans la mesure où elles sont mobilisées dans des activités modulaires au service de la logique d'action, et non dans les rôles cloisonnés de l'entreprise. En effet, si de nombreuses consommations sont indirectes par rapport aux produits, elles sont directes par rapport aux activités ; ainsi, les ressources mobilisées pour les activités de support ne sont plus affectées aux dépenses des produits par des clés de répartition aléatoires. Le postulat de l'ABC est le suivant : « *Les produits consomment des activités et les actions dévorent des ressources* ». Ce postulat nécessite une affectation distincte des coûts indirects afin de les attribuer aux activités.

3. Définition des inducteurs d'activités. Pour une activité regroupant des coûts homogènes, il est nécessaire de définir une mesure unique d'activité : c'est l'inducteur d'activité (similaire à l'unité d'œuvre). Le choix de la nature de l'inducteur est primordial : il doit mettre en évidence un comportement de coût cohérent qui évolue proportionnellement au volume de l'inducteur. L'expérience montre qu'il est possible de regrouper les activités en quatre grands types :

- Les activités liées aux volumes fabriqués : les inducteurs privilégiés sont les heures de travail ou les heures-machine... ;
- Les activités liées aux changements de lots ou de séries : le nombre d'ordres de fabrication ou le nombre de séries produites seront utilisés comme inducteurs... ;
- Les activités de support relatives à un objet de coût : les inducteurs primaires sont le nombre de composants, le nombre de modifications techniques... ;
- Les activités de support général dont les coûts sont indépendants du volume et de la gamme du produit fabriqué. Ce travail de définition permet souvent de regrouper les activités ayant les mêmes inducteurs afin de ne pas multiplier le nombre d'activités.

4. Affectation du coût des activités aux « objets de coûts ». Il s'agit très souvent d'obtenir un coût de revient des produits mais la richesse de la méthode permet de calculer les coûts de production d'autres éléments, par exemple :

- Les lignes de produits,
- Les processus,

- Les clientèles,
- Les projets et les unités organisationnelles.

Il s'agit de déterminer, pour chaque objet de coût, les activités auxquelles il a recours et la quantité d'inducteurs consommés par ces activités. Le coût obtenu est composé de consommation de charges directes en fonction d'indications extraites de la nomenclature et la gamme opératoire et du coût des activités consommées : il s'agit d'un coût qui peut être qualifié de « coût attribuable » au produit car à tout moment le principe de causalité de consommation de ressources est respecté. Pour obtenir le coût unitaire de production des produits, il faut au préalable, dans un tableau spécifique, calculer le coût global des activités consommées par chaque produit. Cette étape nécessite d'intégrer la notion de volume de production. La logique de ce calcul consiste à répartir le coût unitaire de l'inducteur (coût fixe le plus souvent) dans le coût unitaire du produit en tenant compte du nombre de produits fabriqués.

Plusieurs études ont montré que la mise en œuvre de l'ABC peut prendre des formes très variées (Gosselin et Mévellec, 2003) (Mévellec, 2003) (Al-Omiri et Drury, 2007) (Gervais *et al.* 2010) (Pike *et al.* 2011). Ces variations peuvent se situer au niveau du nombre d'activités ou de processus, de la variété des inducteurs utilisés, etc. (Mévellec, 2005) (Alcouffe et Mévellec, 2012).

Kaplan et Anderson (2004) identifient plusieurs difficultés avec la méthode ABC. Ainsi, l'ABC traditionnel (pour reprendre les termes de ces deux auteurs) fonctionne bien s'il est mis en place à une échelle réduite, c'est-à-dire au niveau d'un département, d'une usine ou d'un site. Dès que l'on essaie de l'étendre à des grandes entreprises, le processus de collecte et traitement des données devient très compliqué. Plus généralement, la mise en place de la méthode demande d'importants investissements en temps et en argent qui découragent son adoption. En raison de ces coûts importants, le modèle n'est pas mis à jour assez fréquemment, ce qui met en question sa pertinence même.

La solution à toutes ces difficultés serait le nouvel ABC (the new ABC), que Kaplan et Anderson (2004) opposent à l'ABC traditionnel. Il ne s'agit pas d'abandonner l'approche ABC, qui a apporté beaucoup aux entreprises, mais de la revoir et la simplifier, à travers le *time-driven ABC*. A la différence de l'ABC traditionnel, fondé sur une analyse détaillée du travail des employés pour déterminer les inducteurs de coûts et pour calculer la consommation de ces inducteurs par les objets de coût, dans le *time driven ABC*, la conception et les calculs sont

effectués en grande partie directement par les managers, ce qui apporte plus de rapidité et de souplesse.

Domingo *et al.* (2018) soulignent que la mise en œuvre de la méthode TDABC nécessite préalablement une cartographie des activités et une modélisation du processus. Les mêmes auteurs mettent en avant deux paramètres cruciaux à chaque étape de la démarche TDABC. Il s'agit de l'estimation du coût associé à chaque ressource utilisée dans le processus et de la capacité théorique (temps).

Le time driven ABC est donc une méthode qui respecte la logique de l'ABC originel, mais apporte des innovations à travers l'utilisation et la valorisation des temps standard (de La Villarmois et Levant, 2007).

3.3.4.3. La méthode ABC à l'hôpital

D'après Nobre et Biron (2001), les conclusions sur la viabilité de l'adoption de l'approche ABC en milieu hospitalier doivent tenir compte de deux facteurs : les « *spécificités culturelles* » et la « *faisabilité technologique* ». Ils correspondent aux trois caractéristiques établies par Cooper (1990) : un « *environnement hautement compétitif* », une « *vaste gamme de produits ou de services* » et une « *organisation caractérisée* » par une abondance d'activités interdépartementales. Les chercheurs anglo-saxons ont démontré que les hôpitaux se trouvent dans un contexte favorable et sont d'excellents candidats pour la technique ABC (Capettini *et al.*, 1998). Selon eux, cette technique est une alternative aux méthodes conventionnelles de comptabilité analytique (Aird, 1996) (Baker, 1998) (CIMA, 1993) (King, 1994) (Udpa, 1996).

Nobre et Biron (2001), ont conclu que l'application de la technique ABC au circuit du patient inverse la logique du calcul des coûts. L'objectif est de déterminer comment les activités liées au patient utilisent les ressources, en plus de comprendre comment les charges hospitalières sont dispersées. Leur expérimentation favorise deux observations : la première est qu'il faut avoir une visibilité sur le coût réel plutôt que sur un coût standard défini à partir d'un modèle de référence ; la seconde est que les charges doivent être réparties en fonction de clés de répartition qui rendent compte des activités réelles et non d'unités de travail très globales qui masquent la réalité des pratiques de soins. Cette représentation des activités réelles ouvre la voie à plusieurs opportunités. En modélisant des procédures spécifiques, il est possible d'établir une relation avec les normes de bonnes pratiques et ainsi d'intégrer les préoccupations de coûts

avec les préoccupations de gestion de la qualité, qui augmentent rapidement dans l'industrie de la santé. De même, elle permet de prendre en compte l'ensemble des services de l'hôpital.

La technique ABC semble constituer une base crédible pour orienter les stratégies de tarification et d'amélioration continue des processus lorsqu'elle est associée à des méthodes complémentaires telles que le target costing ou la gestion de projet. En outre, elle constitue la grille d'analyse fondamentale pour le management par activités (MPA) et la gestion des processus. En effet, elle permet de sélectionner, pour un processus particulier (et donc un résultat souhaité), des inducteurs de coûts pertinents pour chaque activité du processus, permettant une analyse de la performance du processus.

3.3.4.4. La méthode Activity Based Management (ABM)

Comme les activités consomment des ressources, le contrôle des ressources consommées est corrélé au contrôle des activités. Le management basé sur les activités, souvent appelée ABM, est une étape supplémentaire de la technique ABC. Certains considèrent la gestion par activités comme un progrès, une amélioration de la technique ABC. Pour certains, l'approche ABC est un sous-produit de la méthode ABM. Certains affirment que l'approche ABC n'est qu'un outil de calcul des coûts, alors que la technique ABM devrait être considérée comme une philosophie de gestion des performances et d'amélioration continue. Selon Arena et Solle (2008), « *L'ABM pourrait être compris comme l'ensemble des dispositifs d'analyse et de pilotage des processus ayant pour fonction la gestion des processus d'action (opérationnels), la gestion des interrelations et leur articulation avec les processus stratégiques. [...] Si l'organisation est un creuset de ressources (au sens de Penrose) à gérer afin de répondre à une ligne stratégique [...], il est nécessaire de rechercher la cohésion des acteurs dans une action commune et une vision partagée des objectifs* ».

La méthode ABM considère une entreprise comme un réseau d'activités structurées en processus transversaux qui contribuent tous à la génération de valeur. L'utilisation de la notion de processus aide les entreprises à gérer leurs opérations dans un cadre de réalignement permanent de la stratégie, des organisations et des systèmes d'information. L'idée repose sur une revue transversale des processus et activités de l'entreprise qui contribuent à la génération de valeur par l'utilisation des ressources. Elle vise à optimiser la relation (Valeur - Coût) entre les processus et les activités en poursuivant une amélioration permanente de la performance de

ces dernières par l'identification des générateurs de coûts, l'élimination des activités sans valeur ajoutée et l'exécution efficace des activités à forte valeur ajoutée pour les clients.

3.4. Conclusion

En raison des attentes des usagers, des avancées technologiques et de la pénurie de ressources, la performance hospitalière devient une composante cruciale de l'administration hospitalière, comme en témoigne le nombre d'auteurs qui abordent ce concept évolutif.

De plus, l'hôpital est marqué par un dualisme organisationnel qui oppose fréquemment la vision des administrateurs à celle des professionnels de soins, les premiers se réfèrent systématiquement à la qualité des soins et très souvent aussi à l'orientation vers le patient tandis que les seconds se focalisent beaucoup plus sur la stabilité financière et à la gestion des coûts, (Belghiti Alaoui, 2005b).

En général, la performance est abordée de manière fragmentée. Celle-ci n'intègre pas réellement les différents éléments essentiels pour donner une image précise de tout ce que l'hôpital produit pour les patients et de toutes les attitudes des patients envers l'hôpital. Grâce à cette étude de la littérature pertinente, il apparaît qu'aucun des auteurs n'a étudié la performance à travers l'analyse des parcours de soins.

C'est dans cette logique que le prochain chapitre analysera dans un premier temps, les coûts associés à chaque action du parcours de soins de l'hôpital. L'application de la méthode ABC et ABM au circuit du patient permettra à ce titre de démontrer le raisonnement derrière le calcul des coûts. Cette expérience nous aidera non seulement à comprendre comment les dépenses sont réparties dans la structure de l'hôpital, mais aussi à examiner comment les ressources sont utilisées par les activités du parcours de soins. Par conséquent, ce test favorise un double développement. Premièrement, il permet de calculer le coût réel d'un parcours de soins. Deuxièmement, il permet de ventiler les dépenses en fonction de clés de répartition qui rendent compte des activités réelles en combinant toutes les charges qui montrent la réalité des pratiques de soins.

Ces activités sont associées au traitement nominal de la maladie mais sont également liées aux activités périphériques (diagnostic, par exemple). L'hôpital international Cheikh Zaïd de Rabat

a été choisi comme terrain d'application. L'évaluation de la qualité des soins et de la prise en charge soutiendra l'application d'indicateurs quantitatifs de coûts. Cette stratégie est cohérente avec celle fournie par Buttard et Marmorat (2014), qui abordent simultanément la dimension économique et budgétaire, la dimension de la prise en charge du patient, la dimension organisationnelle et la dimension territoriale

La trajectoire du patient au sein de l'hôpital sera analysée depuis son admission jusqu'à sa sortie selon ces deux dimensions. L'originalité de l'approche, comme nous l'avons signalé, tient à ce que nous proposons de passer d'une logique de comptabilité générale à une logique de comptabilité par parcours en tenant compte de l'aspect qualitatif de la prise en charge. La performance de l'hôpital au niveau stratégique peut être déterminée en additionnant la performance de chaque parcours.

Chapitre 4.

Cadre méthodologique et démarche expérimentale

Dans le chapitre précédent, les indicateurs et les outils de mesure de la performance hospitalière ont été mis en exergue. Nous avons en effet souligné que dans le cadre de l'évaluation de leur activité, toute structure de soins avait recours à différents outils, comme la comptabilité générale et les tableaux de bords comportant des indicateurs classiques d'ordre qualitatif et financier (ex. : chiffre d'affaires, taux d'occupation des lits, durée moyenne de séjour, taux de rotation, ...). Ces outils permettent aux structures de porter un jugement sur la satisfaction des patients et d'avoir une vue d'ensemble de l'activité de l'établissement et de son résultat financier. Toutefois, il apparaît que ces outils sont de moins en moins efficaces relativement aux différentes réformes engagées dans le secteur, notamment en raison de l'accroissement des dépenses et des attentes et exigences des usagers. La politique d'évolution des systèmes de santé centrée patient rend ces approches globales d'évaluation toujours plus obsolètes et réclament des outils d'évaluation des performances (coût, qualité, etc.) basées sur les parcours de soins. Aussi, en mai 2021, la HAS a publié une fiche méthodologique dans laquelle sont décrites les étapes d'élaboration des indicateurs de qualité des parcours de soins, les livrables et les parties prenantes impliquées. Ces étapes, au nombre de quatre, sont les suivantes :

- Définition des indicateurs de qualité des parcours,
- Développement des indicateurs de qualité des parcours,
- Validation des indicateurs de qualité des parcours,
- Actualisation des indicateurs de qualité des parcours.

Dans le même temps, un certain nombre de décrets qui listent des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé ont été publiés¹. Ces indicateurs ont été développés et validés par un consortium composé de professionnels de la santé, d'usagers des

¹https://www.has-sante.fr/jcms/r_1456735/fr/cadre-reglementaire-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss

établissements de soins et par les patients eux-mêmes. Ils peuvent servir aux établissements de santé lors de leur processus de certification et également aux patients ou aux pouvoirs publics à travers leurs organes régulateurs de soins à l'échelle régionale et nationale.

Afin de participer au développement d'une approche de mesure de performance hospitalière orientée parcours, nous allons adopter une approche expérimentale basée sur nos connaissances opérationnelles. Pour ce faire, ce chapitre présentera dans un premier temps le cadre méthodologique qui va nous permettre de structurer notre analyse. Celui-ci est inspiré du modèle de Buttart et Marmorat (2014). Par la suite, nous présenterons notre cas d'étude, c'est-à-dire le cas sur lequel nous avons expérimenté la mesure de performance orientée parcours en utilisant les données disponibles. Ce cas est celui de l'hôpital Cheikh Zaïd de Rabat au Maroc. Enfin, la troisième partie de ce chapitre présentera la démarche et les résultats de notre approche. Celle-ci se focalise sur deux des quatre dimensions proposées dans le modèle de Buttart et Marmorat : la dimension « économique et budgétaire » et la dimension « prise en charge ». Nous l'appliquerons à deux parcours : un parcours de consultation et un parcours contenant une intervention chirurgicale.

4.1. Le cadre méthodologique adopté : le modèle de Buttart et Marmorat

Comme précédemment souligné dans le chapitre 3, la performance des structures hospitalières a fait l'objet de plusieurs recherches scientifiques et demeure une variable difficilement mesurable et multidimensionnelle. Toutefois, les chercheurs s'accordent sur le fait que certaines dimensions de la performance hospitalière sont incontournables.

Il existe en effet un consensus dans la littérature sur le fait que quatre approches prédominent pour évaluer la performance organisationnelle (Quinn et Rohrbaugh, 1983). Chacune d'elle s'appuie sur différents critères qui sont souvent en concurrence les uns avec les autres (Guisset *et al.*, 2002). Le modèle proposé par (Buttard et Marmorat, 2014) est foncièrement pluridimensionnel. C'est pourquoi il est tout à fait adapté à l'étude de la performance hospitalière qui intègre les intérêts et la contribution des différentes parties prenantes intervenant dans la production hospitalière : bénéficiaires (patients), financeurs et régulateurs (État, collectivités, assurance maladie), soignants (médecins et personnels paramédicaux) et

personnel technique et administratif des établissements. En effet, l'hôpital constitue un maillon d'une chaîne de prestataires qui sont appelés à coordonner leurs efforts pour améliorer l'efficacité médicale et économique des prestations fournies aux patients, replacés au cœur du système. Ainsi tous les acteurs internes et externes qui garantissent la production hospitalière et participent à la création de valeur de l'hôpital sont intégrés (table 3).

Table 3 : Représentation des parties prenantes de l'hôpital selon leurs intérêts

		INTERETS	CONTRIBUTION (création de valeur)	NATURE DU LIEN AVEC L'HOPITAL
FINANCEURS - Etat, ARS (régule) - AM - OCAM ¹	<i>Collectivités territoriales (élus locaux)</i>	Efficience Préserver la couverture sous contrainte budgétaire.	Apporteurs de capitaux - Financement activité - Financement MIGAC - Equipements, bâtiments	- Hiérarchique - Proximité forte (ARS) - Partage du risque
COLLECTIVITE - Préfet - Résidents - Société civile		Externalités - ↘ externalités négatives (pollution, ...) - ↗ externalités positives (attractivité territ, ...)	Environnement favorable - Infrastructure - Climat social	- Coopération - Partage du risque (impôts, cotisations)
PRESTATAIRES EXTERNES - Soins (étab, libéraux, réseaux, HAS ² ...) - Hors soins (SAP, travailleurs sociaux, fournisseurs divers, universités)		Croissance de l'activité, des échanges - Mutualisation, spécialisation - Débouchés, nvx projets	Efficacité productive - Services à moindre coût - Synergies, éco d'échelle - Innovation	- Coopétition - Partage du risque
PATIENS		Qualité - Qualité technique de la prise en charge - Suivi, orientation, accompagnement, écoute	Efficacité productive (indirecte) Le patient, acteur de sa prise en charge, conditionne son efficacité	- Coopération - Proximité forte
PERSONNELS		Conditions de travail	Efficacité productive	
- Hors soins (personnel technique)			- Performance logistique - Sécurité	- Hiérarchique - Proximité forte - Partage du risque
- Soins (médecins, paramédicaux)		- Qualité du soin - Renommée	- Compétences - Innovation - Savoir médical	
ADMINISTRATION - Directeurs - Equipe dirigeante - Services fonctionnels		Aura de l'établissement - Taille - Place dans la politique régionale de santé - Budget discrétionnaire	Efficacité managériale - Gestion budgétaire - Stratégie - Performance organisationnelle	- Hiérarchique - Proximité forte - Partage du risque

La participation des parties prenantes à la gouvernance est conditionnée par leur contribution respective. Chacune, dans son domaine spécifique, travaille activement à renforcer l'efficacité opérationnelle de l'hôpital. Ce dernier a évolué pour devenir un maillon essentiel d'une chaîne de prestataires appelés à coordonner leurs efforts en vue d'améliorer à la fois l'efficacité médicale et économique de la prise en charge des patients, les recentrant ainsi au cœur du

système. Ainsi, la performance globale intègre la satisfaction des intérêts de toutes les parties prenantes, ce qui, à son tour, influe sur la production hospitalière. Chaque partie prenante agit à la fois en tant qu'émetteur et récepteur de valeur. Cette production doit être accompagnée d'outils d'analyse permettant à la fois de garantir et d'améliorer la qualité au sein de l'hôpital et également d'optimiser les dépenses générées.

Dans cette optique, la performance hospitalière s'apprécie par une approche globale et multidimensionnelle. Le modèle proposé par Buttard et Marmorat, dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière, permet une évaluation globale de la performance hospitalière. Il retient quatre dimensions distinctes :

- Une première dimension qualifiée « **d'économique et budgétaire** »,
- Une deuxième ayant trait à la « **prise en charge** » du patient, orientée sur le triptyque santé / patient / qualité,
- Une troisième analysant l'impact et les relations de l'établissement avec son environnement et ses partenaires locaux, qualifiée de « **territoriale** »,
- Une quatrième dimension dite « **organisationnelle** ».

4.1.1. La dimension économique et budgétaire

Cette dimension possède un poids croissant dans le cadre d'une approche globale de la performance hospitalière. Ceci s'explique par la situation financière délicate des établissements de santé et le contexte économique actuel. Pour rendre compte de cette dimension, Buttard et Marmora ont considéré plus précisément le niveau d'activité des établissements, leur efficience et leur situation budgétaire.

1. Le **niveau d'activité** d'un hôpital peut être mesuré en termes de nombre de patients traités, de consultations, d'interventions chirurgicales réalisées, etc. Un hôpital ayant un niveau d'activité élevé peut être considéré comme performant car cela peut indiquer une forte demande pour les services de cet hôpital.
2. L'**efficience** hospitalière peut être mesurée en évaluant la qualité des soins fournis par rapport aux coûts engagés pour les fournir. Les hôpitaux qui parviennent à fournir des soins de haute qualité tout en optimisant l'utilisation de leurs ressources sont considérés comme efficaces.

3. La **situation budgétaire** d'un hôpital peut être évaluée en examinant les recettes et les dépenses pour une période donnée. Si les recettes sont supérieures aux dépenses, l'hôpital a une situation budgétaire excédentaire, ce qui est considéré comme positif. Si les dépenses sont supérieures aux recettes, l'hôpital a une situation budgétaire déficitaire, ce qui peut indiquer une mauvaise gestion des ressources ou une mauvaise performance.

On peut déduire que les concepts de cette dimension sont des facteurs clés pour assurer la viabilité financière et même donner un aperçu de la qualité des soins dans un environnement en perpétuelle évolution.

4.1.2. La dimension « prise en charge »

Historiquement, cette dimension prédomine dans l'analyse de la performance hospitalière. En dépit de la montée en puissance d'une perspective plus économique et financière, elle demeure prépondérante et se réfère à la qualité de l'accompagnement et du soutien apportés aux patients tout au long de leur parcours de soins. Les principaux critères constitutifs de cette seconde dimension sont la satisfaction des patients, la qualité des soins, l'efficacité médicale et l'innovation.

1. La **satisfaction du patient** est un indicateur clé de la prise en charge et de la qualité des soins. Elle mesure le degré de satisfaction des patients à l'égard de leur expérience de soins, de la qualité de la communication avec les professionnels de santé, de la qualité de l'environnement hospitalier, de la prise en compte de leurs besoins et de leur confort.
2. La **qualité des soins** se réfère à la capacité de l'établissement de santé à fournir des soins de qualité et à assurer la sécurité des patients. Cela implique notamment la qualité des diagnostics, des traitements et des interventions chirurgicales, ainsi que la gestion des complications éventuelles.
3. L'**efficacité médicale** concerne la capacité de l'établissement de santé à traiter les patients de manière efficace et efficiente. Cela peut inclure des indicateurs tels que les taux de guérison, les taux de réadmission, les temps d'attente, les délais de traitement, etc.
4. L'**innovation** dans la prise en charge des patients peut aider à améliorer la qualité des soins et à réduire les coûts. Cela peut inclure l'utilisation de nouvelles technologies, de nouveaux traitements, de nouveaux protocoles de soins, etc.

Dans l'ensemble, la prise en charge est une dimension importante de la performance hospitalière qui vise à assurer la meilleure expérience possible aux patients lors de leurs parcours de soins, tout en garantissant la qualité et l'efficacité des soins.

4.1.3. La dimension « territoriale »

Cette dimension se réfère à la capacité de l'établissement hospitalier à s'inscrire dans son environnement territorial et à répondre aux missions d'intérêt général qui lui sont confiées. Elle traduit le service médical rendu à la population au niveau local, la couverture sanitaire de cette dernière et également l'effet économique local de l'activité de l'hôpital, ses coopérations avec les entreprises et entités régionales ainsi que son apport à l'aménagement du territoire.

Les sous-dimensions envisagées sont les suivantes :

3. **Missions d'intérêt général** : cette sous-dimension inclut notamment la prévention des maladies, la recherche médicale, la formation des professionnels de santé, la prise en charge des urgences et l'accès aux soins pour tous.
4. **Partenariats extérieurs** : l'hôpital ne peut remplir ses missions d'intérêt général seul et doit travailler en collaboration avec d'autres acteurs du territoire, tels que : les médecins libéraux, les établissements de santé privés, les collectivités locales, les associations de patients, etc. Les partenariats extérieurs peuvent prendre différentes formes, comme des réseaux de soins, des conventions avec des établissements de santé privés, des partenariats avec des associations locales, etc.
5. **Rayonnement local** : l'hôpital est souvent un acteur important du développement économique et social de son territoire. Le rayonnement local de l'hôpital peut se mesurer par son implication dans la vie locale, sa contribution à la formation des jeunes, son rôle dans l'attractivité du territoire, etc.

En somme, la dimension territoriale dans la performance hospitalière est un élément clé pour remplir les missions d'intérêt général de l'hôpital, développer des partenariats extérieurs efficaces et contribuer au rayonnement local du territoire.

4.1.4. La dimension « organisationnelle »

La dimension organisationnelle de la performance hospitalière permet d'intégrer à la définition de la performance, l'efficacité des processus et de l'organisation interne de l'établissement. Pour cela, la cohérence et la culture de l'établissement sont considérées, ainsi que la qualité de la coordination interne (entre services, entre professionnels, etc.), sans oublier la gestion des ressources humaines.

1. La **cohérence et la culture** hospitalière impliquent que les valeurs et les pratiques de l'hôpital soient cohérentes et alignées avec ses objectifs stratégiques. Une culture hospitalière forte contribue à la satisfaction des patients et à la motivation des employés.
2. La **coordination** se réfère à la capacité de l'hôpital à gérer efficacement les différentes activités de soins, y compris les interactions entre les différents départements et les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients.
3. La **gestion des ressources humaines** se focalise sur son efficacité, notamment en termes de recrutement et pérennisation du personnel, planification des effectifs, formation et développement professionnel ainsi que gestion de la performance.

Cette dimension est essentielle car elle permet à l'hôpital de gérer efficacement ses ressources et ses activités, de coordonner les différents départements et professionnels de santé, et de maintenir une culture hospitalière cohérente et alignée sur ses objectifs.

4.2. Présentation du cas d'étude

Comme évoqué au sein du chapitre 1, il existe trois systèmes de santé principaux : le système de santé public, le système de santé privé à but lucratif et le système de santé privé à but non lucratif. Ce dernier est moins connu car il n'est pas aussi répandu que les autres systèmes de santé. Toutefois, il peut offrir des avantages tels que des soins de santé de qualité supérieure et un engagement envers la communauté, car il cherche à répondre aux besoins de la population plutôt qu'à maximiser ses bénéfices. L'Hôpital Universitaire International Cheikh Zaïd (HCZ) est un exemple de structure à but non lucratif, qui appartient à la Fondation Cheikh Zaïd qui est elle-même une organisation à but non lucratif, dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière (figure 14). Fondée en 1993, le siège de cette fondation contrôlée par un conseil d'administration composé de quinze membres, se situe à Rabat.

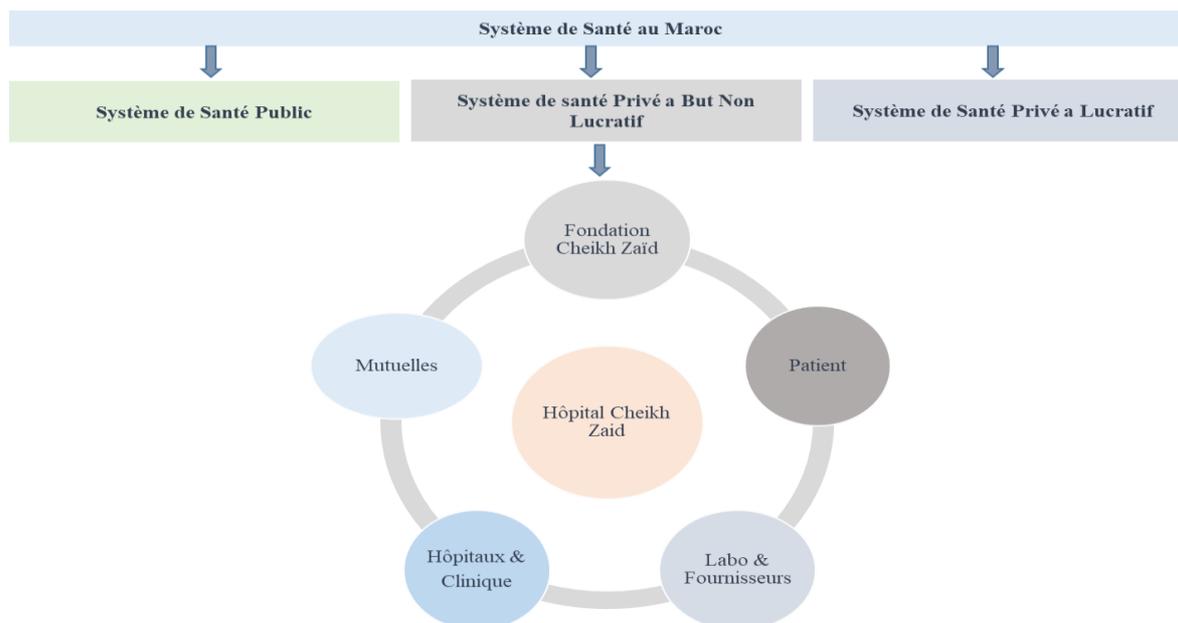


Figure 16 : Positionnement de l’Hôpital Cheikh Zaïd dans le système de santé du Maroc

4.2.1. Les missions et valeurs propres de l’hôpital

Les missions de l’HCZ sont les suivantes :

- **Les soins :** l’hôpital assure le service hospitalier de jour comme de nuit ainsi que les urgences, ainsi que l’admission des patients dans un autre centre hospitalier en étroite coopération.
- **La prévention :** Au-delà de sa mission de soins, l’HCZ est aussi un acteur majeur de la prévention. Il s’inscrit de plus en plus dans des logiques de réseau avec les autres acteurs sanitaires de son bassin de santé.
- **L’enseignement et la formation :** En coopération avec les autres acteurs hospitaliers et à travers l’Université Internationale Abulcasis de la Santé, l’HCZ assure la formation initiale des médecins, leur développement professionnel via des dispositifs de formation tout au long de la vie, la formation initiale des professionnels de santé non-médecins (infirmiers et aides-soignants) et la formation continue du personnel de la fonction hospitalière.
- **La recherche et l’innovation :** La recherche appliquée mise en œuvre au sein de L’HCZ lui permet de disposer d’un accès privilégié à l’innovation thérapeutique, dont les patients peuvent bénéficier.

Ces missions sont mises en œuvre sur la base des valeurs suivantes :

- **L'égalité** : Elle est synonyme d'une absence de discrimination (race, religion, ethnie, croyances, opinions, âge, ...) et du devoir de soigner tout le monde, quelque soit l'état de santé et la situation sociale du patient. L'hôpital travaille en coopération avec les autres professions et institutions compétentes, ainsi qu'avec les associations d'insertion et de lutte contre l'exclusion.
- **La continuité** : l'HCZ adopte les mêmes obligations spécifiques que l'hôpital public en particulier en matière d'accueil d'urgence. Pour cela, Il doit mettre en place une organisation assurant la permanence des soins, de même qu'un service minimum en cas de grève.
- **L'adaptabilité** : Les réorganisations et les mutations de l'hôpital sont permanentes afin de préserver l'intérêt général et répondre aux besoins de la population dans un environnement en perpétuelle évolution.

4.2.2. Organisation et mode de gouvernance

L'hôpital CZ est structuré selon l'organigramme hiérarchique présenté ci-dessous (figure 15).

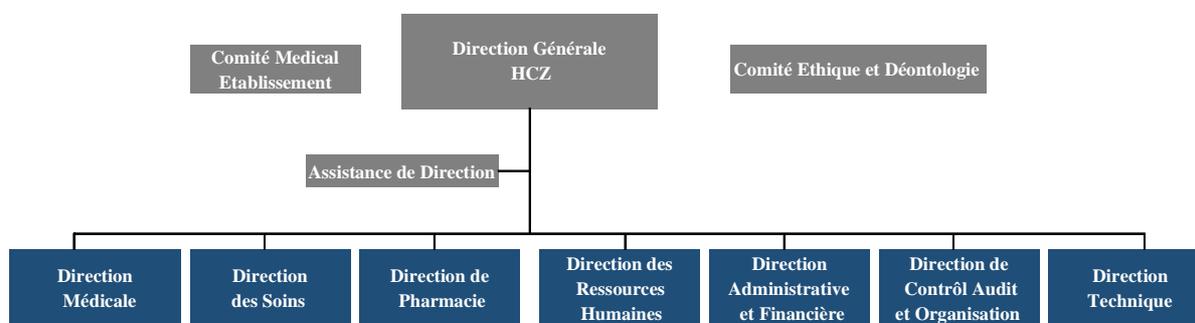


Figure 17 : Organigramme de l'HCZ

Les différentes directions et leur rôle sont les suivants :

- **Direction Médicale** : elle est chargée de la gestion de la prise en charge médicale et chirurgicale du patient. Elle intègre plusieurs spécialités : médecine interne, biologie, chimiothérapie, ophtalmologie, traumatologie, chirurgie, etc.
- **Direction des Soins** : elle assure l'organisation et la coordination des activités paramédicales, médicotechniques et de soins, ainsi que la conception et la mise en œuvre de la politique de soins.

- **Direction Administrative et Financière** : elle assure la gestion et le suivi du processus administratif et financier et la comptabilité.
- **Direction Technique** : elle est responsable de la maintenance et de l'entretien des installations et des équipements techniques.
- **Direction des Ressources Humaines** : elle est responsable du développement des compétences et de l'accompagnement du capital humain.
- **Direction de Contrôle Audit et Organisation** : elle assure le contrôle et l'évaluation du processus opérationnel et organisationnel de la structure ainsi que le suivi des performances de la structure avec des propositions de pistes d'amélioration continue.
- **Direction de Pharmacie** : elle garantit l'approvisionnement et la disponibilité des produits pharmaceutiques nécessaires au bon déroulement de l'activité.

4.2.3. Moyens

L'Hôpital dispose d'une capacité litière de 420 lits, d'un bloc opératoire central spécialisé comprenant 12 salles équipées de matériel de pointe et répondant aux normes internationales pour les différentes spécialités. Il dispose également des services et des équipements suivants :

- Centre de transplantation d'organes ;
- Centre d'imagerie médicale ;
- Laboratoire complet d'analyses biologiques et Anapathologie ;
- Centre de médecine nucléaire ;
- Centre de cardiologie et chirurgie cardiovasculaire ;
- Centre de gastroentérologie ;
- Centre d'hémodialyse ;
- Centre d'oncologie ;
- Centre de consultation ;
- Centre des urgences ;
- Centre de génétique.

Le capital humain est constitué de 1 007 collaborateurs qui se répartissent de la façon suivante (Figure 16) : 340 paramédicaux, 145 administratifs, 107 agents de soutien, 95 techniciens et 320 médecins répartis en diverses spécialités.

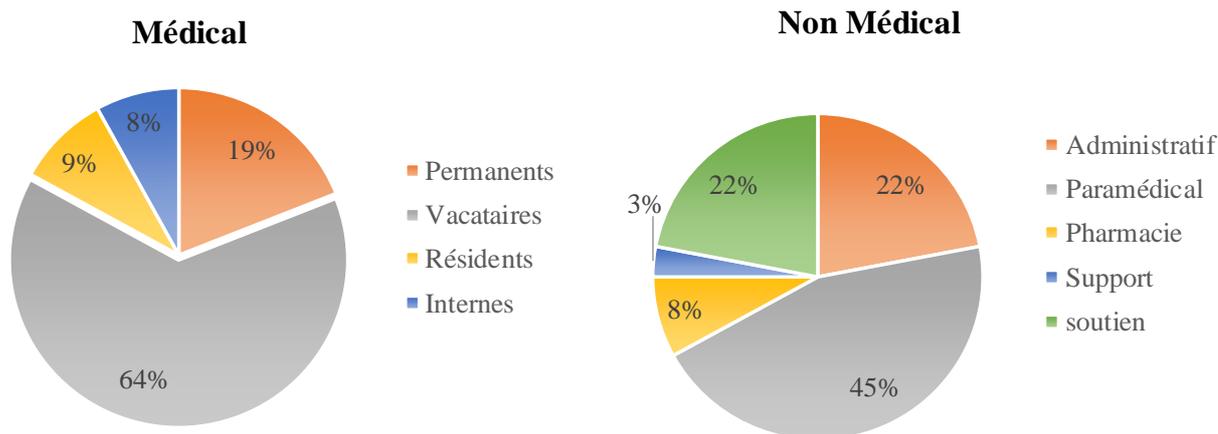


Figure 18 : Répartition des ressources humaines

4.2.4. Mode de gestion

Tenant compte de son statut d'institution à but non lucratif dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière, le modèle de gestion est un modèle orienté vers la performance, garantissant sur le plan financier l'autonomie, l'équilibre et la pérennité financière de la structure et le positionnement comme un acteur de qualité dans des métiers à forte valeur sociale que sont les soins et l'enseignement.

Le caractère général du fonctionnement de ce mode de gestion est traduit par la soumission aux règles de droit privé, mais conserve l'esprit du secteur hospitalier public à travers la nature de ses missions et l'absence de finalité lucrative et de rémunération d'actionnaires.

En effet, le modèle adopté à ce jour prend la forme d'une boucle qui démarre en premier lieu par la création d'une marge financière qui est exploitée à deux niveaux : (1) une partie injectée dans le renouvellement et l'entretien des équipements et installations mais aussi l'accompagnement des compétences humaines et, (2) le lancement de projets d'investissement et le développement des pôles d'excellence.

Il est important de signaler que, pendant sa période de forte croissance (2003-2007), l'hôpital adoptait un mode de gestion classique caractérisé par une certaine forme d'autonomie de décision et un pouvoir du corps médical sur les stratégies de l'établissement, origine d'énormes dysfonctionnements organisationnels et des déficits importants de l'hôpital (Douma *et al.*, 2019). L'hôpital a ensuite évolué vers un mode de gestion plus orienté performance comme expliqué dans la partie précédente, par l'initiation d'un programme de réorganisation visant le rétablissement de l'équilibre du pouvoir entre

le corps médical et les technico-administratifs et visant également l'atteinte de l'équilibre financier, tout en gardant la même qualité de service aux patients. Dans le même cadre, Douma *et al.* (2019) montrent le rôle du contrôle de gestion comme médiateur dans cette refonte organisationnelle et énumèrent les apports de celui-ci dans le pilotage de la performance à travers la mise en place d'indicateurs par processus et l'instauration de la gestion budgétaire qui accompagnent le redressement de l'HCZ pendant la période (2008-2012). Ce redressement après une longue période de déficit a permis à l'hôpital de dégager des résultats positifs lui permettant de constituer une réserve d'autofinancement lui facilitant la réalisation de plusieurs projets de développement, notamment une extension de 20 000 m².

Le positionnement de l'HCZ au sein du système de santé marocain constitue une réussite et crée un sentiment de fierté collective remarquée à plusieurs occasions, la plus récente étant celle de la pandémie de la COVID19. Ce sentiment renforce la confiance au sein de la composante humaine de l'hôpital. Ce caractère de confiance est un élément important pour mieux développer la performance financière et la qualité du système. L'hôpital s'est inscrit dans une politique d'amélioration continue de la qualité des prestations offertes tant au niveau ambulatoire que dans le cadre d'une hospitalisation de courte ou longue durée.

4.2.5. La situation actuelle du suivi des performances et l'organisation associée

Le suivi des performances au sein de l'HCZ a pour objectif d'améliorer la qualité des soins, d'optimiser les dépenses mais également de fournir des informations principalement aux gestionnaires et aux parties prenantes de ce système, via des outils de suivi comportant des indicateurs essentiels. Il est donc important que les outils mis en place pour évaluer et améliorer la performance soient utilisés et validés par l'ensemble des directions de l'hôpital.

L'entité en charge du suivi des performances est la Direction de Contrôle Audit et Organisation. Cette dernière a développé plusieurs outils d'ordre financier du fait de l'importance de ce volet pour tout progrès de l'établissement.

L'HCZ est très dépendant de son équilibre financier. Cette situation le conduit à être particulièrement attentif aux éléments économiques et financiers et à posséder des indicateurs spécifiques pour le suivi régulier des recettes et des dépenses, que cela soit sur l'aspect exécution ou prévisionnel. Pour assurer la fiabilité de ce suivi financier, un chantier a été lancé pour mieux s'assurer de la qualité des données recueillies.

En effet, l'activité de L'HCZ a connu une croissance non maîtrisée et déficiente. Cette dernière était due à plusieurs dysfonctionnements de gestion, qui ont été mis en évidence lors de son analyse organisationnelle (Makhloufi *et al.*, 2012). Ces dysfonctionnements concernaient :

- Le cloisonnement de ses unités et départements,
- L'absence de formalisme et de transcription des pratiques,
- Le manque de contrôle interne,
- Le non-fiabilisation du Système d'Information.

Ces dysfonctionnements ont rendu le suivi de la situation financière et économique de l'hôpital compliqué, provoquant une coupure entre l'activité opérationnelle et son impact économique et financier. Cette analyse a conduit à l'élaboration d'un ensemble de recommandations visant à renforcer la structure organisationnelle de L'HCZ, en cherchant un équilibre socio-économique. Les recommandations concernaient principalement :

- L'intégration des unités transversales,
- Le renforcement du contrôle interne,
- L'implantation d'un Système d'Information Hospitalier intégral,
- L'implantation d'un mode de gouvernance orienté performance.

Leur mise en œuvre doit permettre : (1) d'avoir une vision éclairée de l'évolution des flux au sein de l'organisation, (2) un accès plus fiable à l'information au profit des professionnels de la santé, (3) d'améliorer la communication entre corps de métier, (3) de réduire les tensions sociales et professionnelles dans un environnement complexe et, (5) *in fine*, d'assurer la qualité de la prestation.

4.2.5.1. L'intégration des unités transversales

L'HCZ s'annonçait comme une organisation compliquée et compartimentée, se distinguant principalement par sa logique de service et sa rigueur opérationnelle. Plusieurs logiques incompatibles s'entrechoquaient et la multiplication des métiers renforçait les tactiques individuelles au détriment de la collectivité. Pour y remédier, ont été créés, entre autres, le département du contrôle de gestion et de l'audit, le service du système d'information (SSI), le service de la qualité et de l'organisation (SQO) et le service de la communication (COM).

En outre, une structure de pilotage centrée sur l'audit organisationnel, la réorganisation et le système d'information (DCGQ) a été mise en place pour accompagner L'HCZ dans sa démarche de transversalité, introduite dans les services de soins par la création d'un conseil médical consultatif (CMCE). La mise en place de structures transversales (médicales et administratives) a permis de rapprocher les spécialités médicales et d'améliorer la concertation et la coopération entre les nombreux services (Makhloufi *et al.*, 2012). Ces nouvelles entités ont permis d'améliorer la circulation de l'information entre les différents services et d'assurer la traçabilité de tous les processus établis.

4.2.5.2. Le renforcement du contrôle interne

L'objectif du contrôle interne est de permettre à la direction d'une entreprise d'exercer un contrôle plus strict et rigoureux sur toutes les procédures menées par l'organisation pour atteindre ses objectifs. Il est réalisé par la mise en œuvre de techniques, de normes et de processus au sein de l'organisation. Dans le cas de L'HCZ, le système de contrôle interne est basé sur deux éléments principaux :

- Une organisation du travail adaptative basée sur la séparation des fonctions, qui est considérée comme le fondement de la fiabilité du système et qui permet de s'assurer qu'une personne qui commet une erreur ou une faute ne peut pas la dissimuler ou repousser sa détection. Elle permet également de détecter les erreurs et les anomalies et de réduire le risque de fraude. Cette organisation du travail, basée sur la division des tâches et permettant de définir les fonctions de chaque employé, est considérée comme une bonne pratique qui renforce l'efficacité du système de contrôle.
- L'adoption de techniques appropriées, via la construction de processus et de pratiques aussi simples que possible qui n'entraînent pas de contre-performances et qui garantissent la sécurité des transactions en apportant la preuve de leur bon déroulement et de leur résultat. À ces facteurs, s'ajoute l'importance de la traçabilité des activités qui permet de reconstituer les opérations et les sources à tout moment afin de retracer et de comprendre ce qui s'est passé, que ce soit pendant l'exécution des opérations ou *ex post*.

4.2.5.3. L'implantation d'un S.I.H. intégral

Selon Ponçon (2000), « *le système d'information hospitalier est inséré dans l'organisation « hôpital » en perpétuelle évolution. Il est capable, selon des règles et modes opératoires*

prédéfinis, d'acquérir des données, de les évaluer, de les traiter par des outils informatiques ou organisationnels ; de distribuer des informations contenant une forte valeur ajoutée à tous les partenaires internes ou externes de l'établissement collaborant à une œuvre commune orientée vers un but spécifique, à savoir la prise en charge d'un patient et le rétablissement de celui-ci ». Le SIH permet de gérer les informations médicales (nombre de consultations, nombre d'admissions, ...) et les informations administratives d'un hôpital. Comme il permet le suivi de l'avancement d'une décision et mesure sa pertinence dans l'objectif d'amélioration de la qualité.

Dans le cas de L'HCZ, la Direction Générale s'est rendu compte en 2008 que le système d'information ne répondait pas aux besoins des utilisateurs et qu'il était nécessaire de migrer vers un système d'information plus ergonomique, capable de fournir des informations à haute valeur ajoutée, en temps réel et, surtout un système aligné sur les objectifs stratégiques et évolutifs de la structure. Ainsi, les fonctionnalités du système d'information hospitalier actuel de L'HCZ répondent en taux exigences réelles des processus organisationnels et opérationnels. Il simplifie la connexion entre les informations opérationnelles et décisionnelles, en s'appuyant sur les concepts d'amélioration de la qualité des soins et de maîtrise des coûts.

4.2.5.4. L'implantation d'un mode de gouvernance orienté performance

L'HCZ a connu d'importants changements. Le contexte économique difficile, l'évolution des mentalités et les différents problèmes financiers et médicaux rencontrés l'ont interpellé sur son efficacité et son mode de fonctionnement, lui imposant de s'ouvrir à d'autres modes de management. Ce faisant, L'HCZ est sorti d'une logique de moyens pour entrer dans une logique de résultats dont les principaux concepts sont la gouvernance et la performance, ceci sans oublier que l'efficacité de l'hôpital dépend également des valeurs éthiques de son personnel.

Le nouveau système d'information hospitalier supporte cette évolution en permettant de définir des objectifs à atteindre et de mesurer les résultats obtenus. Cette logique améliore la lisibilité des recettes et des dépenses de L'HCZ et assure le suivi de ses performances. Après avoir posé les bases de la gestion de la performance à travers les nouveaux principes mentionnés ci-dessus (intégration des unités transversales, renforcement du contrôle interne, mise en place d'un SIH intégré et la mise en place d'un mode de gouvernance orienté vers la performance). L'HCZ a

mis en place des outils pour un suivi plus fin de son activité, via des tableaux de bord conçus sur la base des informations du SIH, qui permettent l'analyse des données et par conséquent de suivre les améliorations et les baisses de performance.

4.3. Méthode de recherche : démarche et résultats

La mesure de la performance doit est supposée s'inscrire dans une perspective globale, mieux équilibrée entre les finances, la qualité des soins et l'aspect organisationnel et territorial de la structure, en plaçant le patient et son parcours au centre de ses priorités.

Cette section tente de démontrer comment analyser le parcours du patient à l'hôpital, de son admission à sa sortie, en fonction de deux facteurs : le coût et la qualité de prise en charge du patient. L'objectif du premier volet est d'avoir une visibilité sur les coûts des parcours afin de déterminer le coût d'un tel service. Le second volet vise à déterminer la qualité du traitement et le niveau de satisfaction du patient afin de déterminer le niveau de qualité auquel le service a été rendu.

A cet effet, nous avons déterminé que le découpage proposé par Buttard et Marmorat qui comporte quatre dimensions comme base de cadrage de la performance hospitalière est cohérent avec les orientations stratégiques de l'hôpital. Cela concerne notamment l'équilibre et la pérennité financière de la structure et la qualité des soins, mettant le patient au premier rang de priorité. Conformément aux suggestions du modèle de Buttard et Marmorat, l'évaluation des hôpitaux doit également intégrer la dimension organisationnelle et la dimension territoriale. Celles-ci ne pouvant être centrées sur le parcours patient du fait de la spécificité des indicateurs associés, elles sont plus générales et traitent de thèmes qui concernent l'environnement interne et externe de l'institution. Pour cette raison, nous ne les prendrons pas en considération dans notre étude.

La motivation de L'HCZ d'étudier la possibilité d'adopter l'analyse de la performance par l'étude des parcours est liée au fait que, même si l'hôpital est en situation de stabilité et maîtrise parfaitement son équilibre financier au niveau macroscopique, il n'a pas de visibilité sur les

différents coûts par parcours ce qui permettrait une analyse plus fine et d'orienter la décision d'une façon plus adaptée

Un autre facteur d'adoption de ce modèle concerne les chantiers initiés dans le domaine de la qualité, dont le but est de fournir une image plus analytique et détaillée des indicateurs qualité en lien direct avec le patient. S'ajoute à cela, le fait que l'hôpital s'oriente vers la création de centres d'excellence en son sein, ces derniers réclamant une analyse beaucoup plus précise des attentes des patients et des pathologies dont ils souffrent.

La démarche adoptée s'articule autour de trois étapes :

1. Définition du parcours patient et modélisation de ce dernier,
2. Mesure de la performance de la dimension économique et budgétaire,
3. Mesure de la performance de la dimension « prise en charge ».

Dans le cadre de l'approche expérimentale retenue, ces trois étapes s'appliquent à deux parcours : le parcours de la consultation ophtalmologique et un parcours comprenant une intervention chirurgicale, à savoir de parcours de l'opération de la cataracte.

4.3.1. La modélisation des parcours patient

L'objectif est de modéliser le parcours des patients afin de présenter toutes les étapes par lesquelles ils passent pour bénéficier de leurs soins. Dans cet objectif, les étapes sont définies selon les épisodes de soins que le patient traverse pour une pathologie donnée. Il importe de garder à l'esprit que chaque traitement est unique et dépend de la situation initiale du patient, de la nature chronique ou non de la maladie et de l'environnement du patient. A noter aussi que les parcours présentés plus loin sont des parcours « standards » devant être adaptés à chaque cas.

4.3.1.1. Choix et justification des parcours étudiés

Comme étude de cas pour la mise en œuvre de notre expérimentation au sein de l'hôpital Cheikh Zaïd, nous avons sélectionné les parcours patients de la consultation ophtalmologie et de la chirurgie de la cataracte. Le choix du parcours de consultation médicale et, plus particulièrement de la consultation d'ophtalmologie, repose sur le fait que la consultation est la première prestation de soins d'excellence rendues par la structure de soins, également c'est une

prestation qui représente une spécialité génératrice de valeur (notoriété, CA, marge...). Quant à la chirurgie de la cataracte, son choix repose sur les considérations suivantes :

- Ce traitement est souvent pratiqué, tant au niveau national qu'au sein de notre système hospitalier.
- Cette opération présente un niveau élevé de gestion du risque médical, ce qui réduit la probabilité de problèmes et, par conséquent, de dépenses imprévisibles.
- La répartition entre les différentes composantes du parcours patient est bien définie (consultation pour le diagnostic et la définition de l'implant à utiliser, visite pré-anesthésique pour déterminer l'anesthésie locale ou générale, choix entre hôpital de jour ou bloc opératoire interne en fonction du type de chirurgie, dioptrie).

4.3.1.2. Les ressources mises en œuvre

L'examen des activités des parcours révèle qu'il existe une interaction forte entre les différents acteurs qui mettent en œuvre le parcours et servent le patient. Nous supposons qu'un parcours est composé d'une série d'activités, dont chacune mobilise un ensemble distinct de ressources humaines et/ou matérielles.

Ressources Humaines. Les ressources humaines se caractérisent principalement par leurs spécialités, leur niveau d'expérience et leurs compétences. Ceci permet de les segmenter en catégories qui correspondent au cœur de métier de chacune d'elle, auxquelles se rajoutent d'autres catégories de soutien et d'administration nécessaires au bon fonctionnement du parcours. Elles sont toutes considérées comme étant des salariés de la structure à l'exception des médecins spécialisés qui ont un statut particulier et sont généralement payés à l'acte.

Ressources Matérielles. Les ressources matérielles peuvent être classées en ressources techniques et consommables.

- Les ressources techniques comprennent tous les outils, matériaux et méthodes nécessaires pour établir des diagnostics, des traitements et des analyses. En général, elles ne peuvent être utilisées seules et sont associées à des compétences humaines pour pouvoir être utilisées. Par exemple, les installations informatiques, les installations techniques, les locaux, les équipements médicaux, etc.
- Les consommables correspondent, par exemple, aux produits pharmaceutiques, fournitures de bureau, produits de nettoyage, réactifs de laboratoire, etc.

Connaissant les activités des parcours et les ressources qu'elles mobilisent, il sera possible de déterminer le coût des parcours choisis.

4.3.1.3. Présentation des modèles de parcours

Le parcours patient à l'hôpital Cheikh Zaïd commence lorsque le patient prend un rendez-vous ou est admis aux urgences et se poursuit jusqu'à sa sortie. Comme il a été précédemment établi, le parcours patient de l'hôpital peut être divisé en deux types distincts : le parcours ambulatoire et le parcours hospitalisation.

Le parcours patient à l'Hôpital Cheikh Zaïd débute lorsque le patient se rend à l'Hôpital, que ce soit à la suite d'une prise de rendez-vous, ou à la suite d'une admission ambulatoire par les urgences ou par le service des admissions. Le parcours se poursuit par la prise en charge médicale et se clôture avec la sortie du patient de l'établissement. Le parcours patient à l'hôpital Cheikh Zaïd est adapté aux besoins spécifiques des patients, que ce soit en ambulatoire ou en hospitalisation, le but est de leur fournir les soins et les traitements nécessaires tout au long de leur séjour à l'hôpital. Impliquant la coordination de plusieurs activités, le parcours patient peut être divisé en deux catégories distinctes : le parcours ambulatoire et le parcours d'hospitalisation.

Parcours ambulatoire. Dans le cadre du parcours ambulatoire, l'entrée du patient à l'hôpital peut se faire selon trois voies. Quelle que soit la voie d'accès, le patient est dirigé vers les différents centres de diagnostic (consultation, radiologie, biologie, etc.) en fonction de sa pathologie, afin de recevoir les examens et les soins nécessaires jusqu'à sa sortie (figure 19).

Parcours d'hospitalisation. Concernant le parcours d'hospitalisation, deux cas de figure peuvent se présenter. Qu'il s'agisse d'une hospitalisation médicale ou chirurgicale, l'hospitalisation peut répondre à deux scénarios (figure 20) :

- Une hospitalisation programmée initiée à la suite d'un diagnostic effectué en parcours ambulatoire ;
- Une hospitalisation en urgence et donc non programmée lorsque le patient est admis via les urgences.

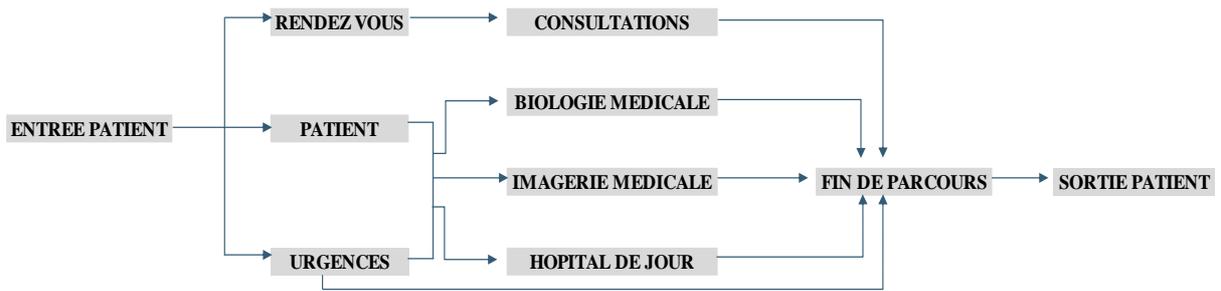


Figure 19 : Parcours patient dans le cadre d’une admission ambulatoire

Dans les deux situations, le patient est pris en charge dans un service hospitalier spécifique en fonction de sa pathologie. Des interventions chirurgicales au bloc opératoire, des traitements médicaux appropriés et un suivi médical peuvent être nécessaires pendant son séjour à l’hôpital.

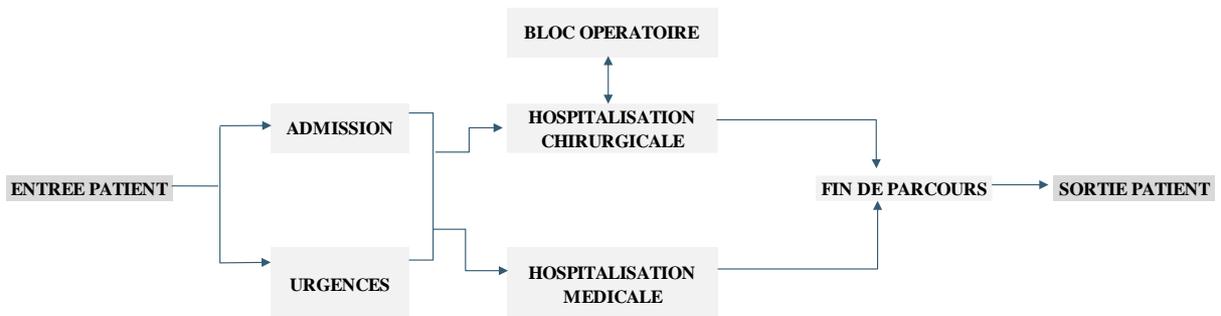


Figure 20 : Parcours patient dans le cadre d’une hospitalisation

Il est à noter que les deux modèles de parcours patient susmentionnés sont applicables aux cas d’hospitalisations dites « standards » ou « nominales », c’est-à-dire ne présentant ni particularité ni complications. Dans ce cadre, on considère qu’un parcours est nominal si le traitement de la pathologie à laquelle il correspond n’est pas soumis à des aléas qui déclencherait un autre parcours dit enrichi ou dérivé au sein du même parcours.

A titre d’exemple, une femme enceinte admise pour un accouchement par voie basse et qui finit par subir une césarienne, ou un accouchement où le bébé doit être transféré en unité de soins intensif ou toute autre complication est considérée comme faisant partie d’un parcours dérivé. Par la suite, nous ne nous intéresserons qu’aux parcours nominaux.

Le parcours de la consultation ophtalmologique. Le parcours de consultation, est extrêmement important dans le cadre de la gestion d’une organisation hospitalière. En effet, les

organisations existent pour créer de la valeur pour toutes leurs parties prenantes. La consultation est un processus par lequel la direction de l'hôpital peut comprendre les besoins, les désirs et les attentes de ses parties prenantes, afin que la valeur puisse être créée. La consultation est un processus actif, dans lequel l'hôpital ouvre des canaux de communication formels et informels entre lui et ses parties prenantes. Cela concerne entre autres, la désignation d'un médecin de soins primaires qui doit être consulté en premier lieu, avant de voir d'autres spécialistes appelés « correspondants », pour des soins ou des tests supplémentaires.

La modélisation de la consultation en ophtalmologie nous permet d'analyser plusieurs activités importantes, telles que : la prise de rendez-vous, l'accueil et l'orientation, la préparation préconsultation, la réalisation de la consultation et, si nécessaire, la réalisation d'une exploration de diagnostic avant de finir par une ordonnance de sortie ou par un traitement médical ou chirurgical.

Une bonne consultation s'appuie sur un dialogue plutôt que sur un échange unidirectionnel d'informations. De plus, il s'agit d'un processus logique et structuré et non pas d'une suite d'événements autonomes. Il implique les membres des communautés concernées et d'autres parties.

La figure 21 présente le modèle du parcours de la consultation ophtalmologique. Celui-ci est constitué de quatre étapes.

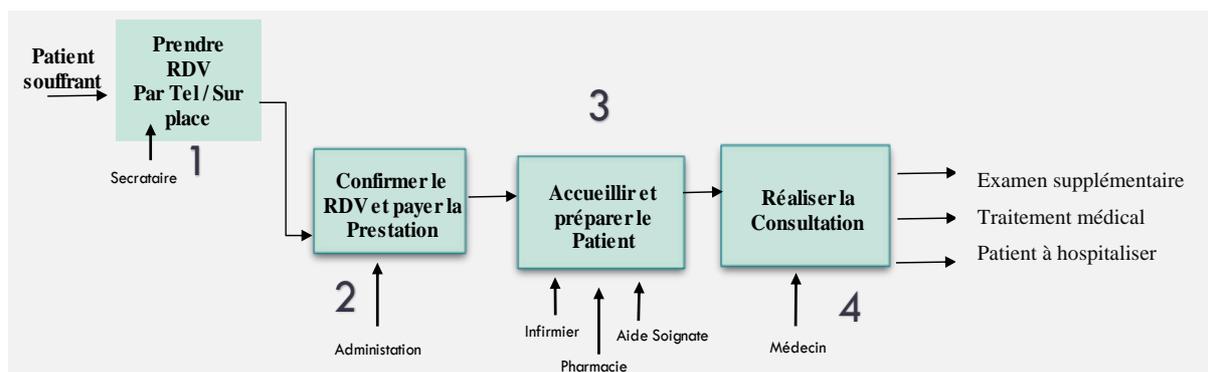


Figure 21 : Modèle du parcours de la consultation

La prise de rendez-vous intervient comme une **première** activité dite d'entrée où le patient appelle soit par téléphone ou même se déplace sur place pour prendre un rendez-vous. Les secrétaires enregistrent la date et l'heure du rendez-vous dans le système d'information, ainsi que le nom du médecin traitant. La **seconde** étape consiste à confirmer le rendez-vous et à encaisser le montant de la consultation. L'activité d'accueil et de préparation du patient à la

consultation prennent le relais, en tant que **troisième** étape. Ainsi, le patient est accueilli et installé par le réceptionniste dans la salle d'attente, après avoir vérifié son dossier et l'avoir informé du déroulement de la consultation. Durant cette étape, il se peut également qu'une aide-soignante prépare le patient et lui administre, si nécessaire, les médicaments requis avant la consultation (collyre oculaire de dilatation par exemple pour la consultation ophtalmologique).

En **quatrième** étape vient l'activité principale du parcours qui est la réalisation de la consultation. Le médecin, procède à un examen clinique en interrogeant le patient, ou l'examinant à l'aide du matériel dédié à la consultation. Trois décisions peuvent être prises à l'issue de la consultation. Une prescription d'un examen supplémentaire pour affiner le diagnostic, prescrire un traitement médical (médicaments ou lunettes de correction) avec éventuellement un rendez-vous de suivi si nécessaire, ou bien prescrire une hospitalisation pour un traitement chirurgical (comme la cataracte) ou un traitement médical. Dans le cas où le patient est hospitalisé et pris en charge par un médecin spécialiste, des acteurs sont mobilisés pour la réalisation du parcours. Les agents de rendez-vous sont :

- Les facturiers,
- Les réceptionnistes et les aides-soignants,
- Le médecin.

Le parcours de la chirurgie de la cataracte. Ce modèle correspond à un protocole de soins englobant l'ensemble des étapes que suit le patient lors du parcours de chirurgie de la cataracte : de l'étape d'admission à l'hospitalisation puis à la sortie du patient. Le parcours (figure 22) débute après la sortie du parcours de consultation ophtalmologie et possède une entrée correspondant au patient à hospitaliser, et une sortie constituée du patient soigné prêt à retourner dans sa chambre un fois l'opération réalisée.

La première activité de ce parcours est l'admission du patient, où le patient est enregistré et le dossier est créé dans le système d'information. Une aide-soignante du service d'hospitalisation prend alors en charge le patient pour son admission dans le service ce, une fois son dossier médical vérifié. Par la suite, le réanimateur est sollicité pour effectuer la visite pré-anesthésique (VPA) au service d'hospitalisation afin de définir si le patient bénéficiera d'une anesthésie locale ou générale. Une fois cette visite réalisée, le patient est transféré au bloc opératoire par un (ou deux) brancardier(s) du service hospitalier. Le déroulement de l'opération au sein de bloc opératoire se réalise ainsi :

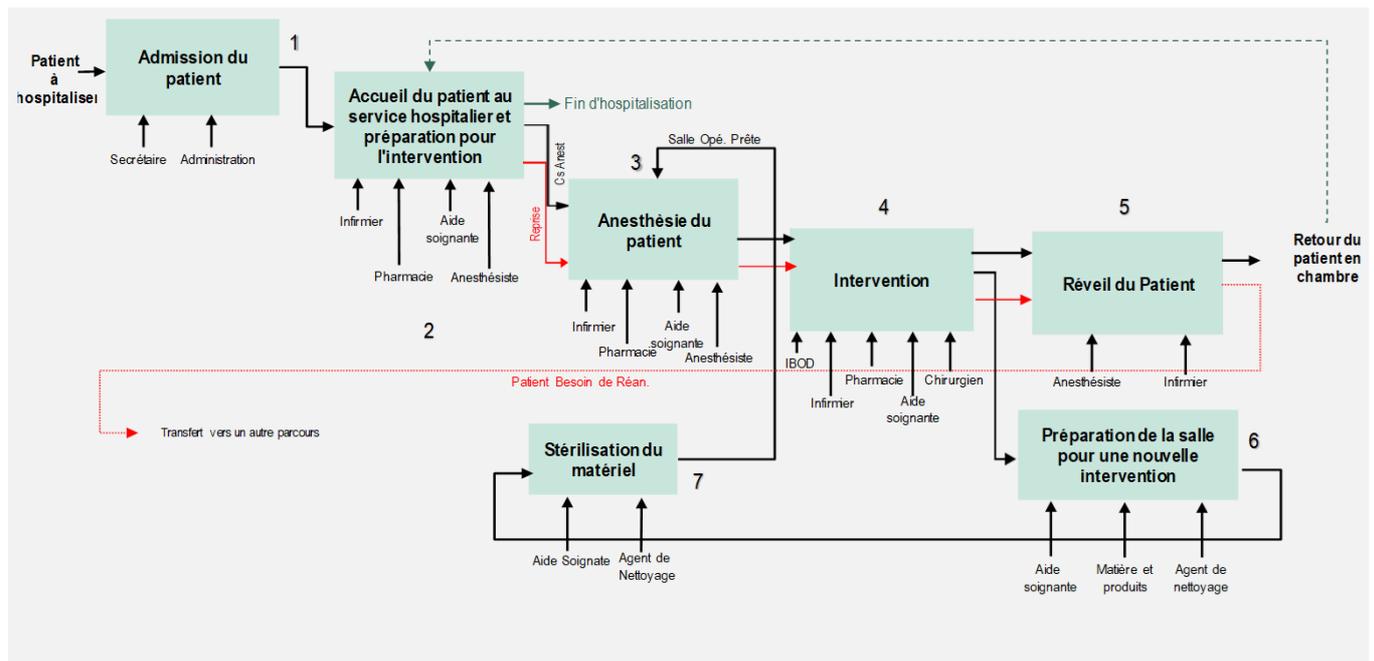


Figure 22 : Modèle du parcours de la chirurgie de la cataracte

- Anesthésie : L'anesthésiste, assisté d'un infirmier anesthésiste, anesthésie le patient en pratiquant soit une anesthésie locale avec des gouttes pour les yeux ou une injection, soit une anesthésie générale.
- Préparation : Le chirurgien nettoie et stérilise la zone autour de l'œil.
- Incision : Le chirurgien pratique une petite incision sur le bord de la cornée afin de pouvoir accéder au cristallin.
- Extraction : Le cristallin opacifié est retiré de l'œil à l'aide d'une technique appelée phacoémulsification. Cette technique utilise des ondes ultrasonores pour fragmenter le cristallin en petits morceaux qui sont ensuite aspirés.
- Implantation : Un implant intraoculaire est inséré dans l'œil pour remplacer le cristallin naturel. Il peut être plié pour passer par la petite incision pratiquée à l'étape 3, puis déplié dans l'œil.
- Fermeture : L'incision est généralement très petite et ne nécessite pas de suture. Elle se ferme d'elle-même.
- Il est important de suivre les instructions postopératoires du chirurgien, qui peuvent inclure l'utilisation de gouttes oculaires et des précautions pour éviter les infections.

Afin de nettoyer et de préparer la salle pour une nouvelle opération, l'instrumentiste collecte les instruments utilisés et les transfère au service de stérilisation. En même temps, une aide-soignante assistée d'une femme de ménage élimine le matériel à usage unique utilisé pendant l'opération et nettoie les surfaces et les équipements de la salle d'opération. Le matériel récupéré pour la stérilisation est lavé et rincé avant d'être envoyé à l'autoclave.

La modélisation des parcours peut sembler séquentielle car elle vise à représenter le cheminement typique des patients au sein de l'hôpital. Cependant, elle peut en effet ne pas toujours prendre en compte les multiples branches imprévisibles des soins, ainsi que les choix de parcours objet de l'étude. Cette approche vise à simplifier les modèles pour en faciliter la compréhension.

4.3.2. L'évaluation de la dimension économique et budgétaire

L'évaluation de la dimension économique et budgétaire des parcours va être essentiellement constituée du calcul des coûts sur la base des modèles établis dans la partie précédente.

L'examen du coût des « parcours patient » doit être basé sur les réponses aux trois questions suivantes : Quelles sont les obligations de l'hôpital envers les patients ? Quels sont les éléments de coût des soins ? et quelle est la finalité de ce calcul ?

En ce qui concerne les obligations de l'hôpital envers les patients, la question est de savoir ce qu'il faut considérer et quantifier. Au-delà de la fonction de soins qu'il exécute, l'hôpital a une fonction de prévention mais également une fonction universitaire puisqu'il demeure un terrain de stage aux apprentis médecins et au corps paramédical. Ainsi, le rôle social de l'hôpital représente un volet important de son activité mais l'impact de ce rôle sur le coût des différentes prestations médicales ne peut être quantifié de manière exacte.

Le coût des soins est constitué des coûts directs et des coûts indirects. Il est important de tenir compte de tous ces coûts pour évaluer le coût total du parcours du patient.

La finalité du calcul des coûts peut être différente selon les points de vue et les parties prenantes. L'objectif principal est de mesurer les résultats de calcul du coût afin de contrôler et rationaliser les coûts associés aux services délivrés aux patients, sans que cela n'impacte la satisfaction de ces derniers.

4.3.2.1. Évaluation du coût de chaque activité du parcours

Les ressources consommées par les activités sont principalement la main-d'œuvre, les consommables et les amortissements des équipements techniques. La difficulté dans la définition des coûts réside dans le fait que nombre des ressources de l'hôpital (personnel, équipement, etc.) sont combinées dans diverses activités (soins infirmiers, tests de laboratoire, restauration, administration) pour fournir le service médical attendu (consultation, cataracte, accouchement, appendicectomie, ...). Cela conduit à définir précisément l'implication de ces ressources dans l'activité considérée. Pour cela, il est essentiel de définir les inducteurs de coûts pour chaque activité.

Cette analyse précise de l'implication des ressources conduit à la définition des coûts directs imputables à l'activité (coût des médicaments, de la masse salariale, de l'amortissement des équipements et des fournitures médicales, et autres coûts liés à l'exploitation). Malgré tout, certains coûts ne peuvent pas être affectés aussi simplement aux activités. Ils constituent les coûts indirects (coûts de la maintenance, des constructions et du terrain). Pour être imputé aux activités, ce type de coûts s'appuie sur la définition de clés de répartition.

Afin d'avoir une compréhension plus précise du coût d'un parcours, nous avons intégré toutes les dépenses qui doivent être considérées (figure 23).

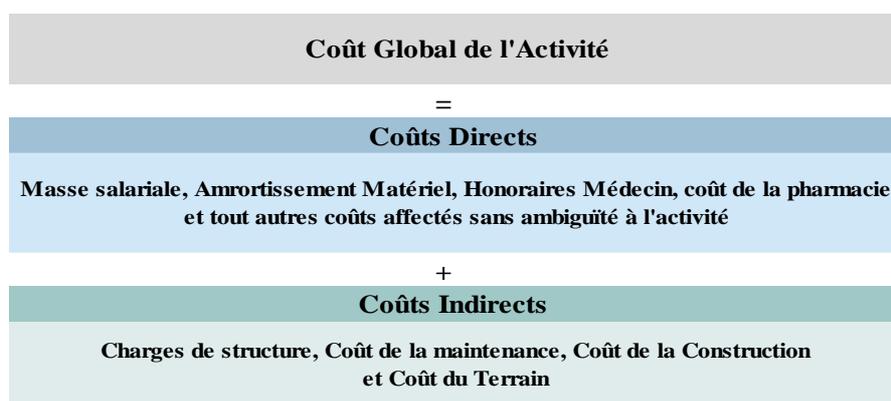


Figure 23 : Composition des coûts

Le parcours de consultation ophtalmologique. Pour définir le coût des activités du parcours de consultation, nous avons retenu comme inducteurs le nombre de rendez-vous, le nombre de consultations total, toutes spécialités confondues et le nombre de consultations propres au parcours, Afin de permettre de définir les coûts directs. Pour ce qui est des coûts indirects, la

répartition de la charge a été faite en fonction du pourcentage du chiffre d'affaires annuel des patients ambulatoires rapporté au chiffre d'affaires total. Les charges structurelles incluent les charges communes qui n'impactent pas directement les activités mais qui impactent l'hôpital dans sa globalité. Le salaire du directeur peut être évoqué à titre d'exemple ainsi que l'honoraire des experts, ... et toute charge qui présente un caractère général. Le contrat de maintenance annuel des équipements, le coût de la construction et le coût du terrain sont également répartis en fonction du pourcentage du chiffre d'affaires annuel distribué. La table 4 fait la synthèse des coûts des activités du parcours de consultation ophtalmologique et la figure 23 résume les coûts attachés à chacune des activités du parcours.

Table 4 : Grille de Calcul du coût de la consultation

Parcours de la Consultation Ophtalmologie				
Rubrique	Activité			
	Prendre RDV Par Tel / Sur place	Confirmer le RDV et payer la Prestation	Accueillir et préparer le Patient	Réaliser la Consultation
Charges Directes	Masse salariale	Masse salariale par Activité / Nombre total de Consultation par an		
	Consommable Bureautique et info.	Annuité annuelle / Nombre total des RDV	Consommation directe / Nombre de Consultation	
	Amortissement Matériel	Annuité annuelle / Nombre total des RDV	Annuité annuelle / Nombre total de Consultation par an	
	Coût de la pharmacie			Consommation / Patient consulté en Ophtalmo.
	Charge D'exploitation *	Montant de la charge directe / Nombre total de Consultation par an		
	Honoraire Médecin	Honoraire par consultatic		
Charges Indirectes	Charge de Structure **	% Charge par rapport au chiffre d'affaires global ambulatoire / Nombre de Conultation		
	Coût de la maintenance	% Charge par rapport au chiffre d'affaires global ambulatoire / Nombre de Conultation		
	Coût de Construction	% Charge par rapport au chiffre d'affaires global ambulatoire / Nombre de Conultation		
	Coût du Terrain	% Charge par rapport au chiffre d'affaires global ambulatoire / Nombre de Conultation		

Le parcours de la chirurgie de la cataracte. Les inducteurs utilisés pour les coûts directs sont le nombre d'admissions globales, le nombre d'admissions dans le service d'ophtalmologie et le nombre des opérations. Concernant les coûts indirects, la répartition des charges a été faite de la même manière que le cas précédent, en fonction du pourcentage du chiffre d'affaires annuel des patients hospitalisés par rapport au chiffre d'affaires global. La table 5 présente la grille de calcul des coûts relatifs aux activités du parcours de la chirurgie de la cataracte et la figure 24 résume les coûts attachés à chacune des activités du parcours.

Table 5 : Grille de Calcul du coût de la cataracte

Parcours de le Cataracte							
Rubrique	Activités						
	Admission	Hospitalisation	Anesthésie du Malade	Pratique de l'intervention	Reveil du Patient	Préparation de la salle pour une nouvelle intervention	Stérilisation le matériel
Masse salariale (MS)	MS / Nombre d'admission	MS / Nombre d'admission au Sce	MS / Nombre d'intervention				
Consommable Bureautique et info,	La Charge Dir. / Nombre d'admission	Charge Dir. / Nombre d'admission au Sce	la Charge Directe. / Nombre d'intervention				
Amortissement Matériel	Annuité annuelle / Nombre d'admission	Annuité annuelle / Nombre d'admission	Annuité annuelle /Nombre d'intervention				
Coût de la pharmacie		Consommation par patient hospitalisé	Consommation par Patient opéré			Consommation/ Nombre d'intervention	
Charges D'exploitation *	la charge directe / Nombre d'admission		la charge directe / Nombre d'intervention				
Honoraire Médecin			Honoraire par acte	Honoraire par acte			
Charge de Structure **	% Charge par rapport au chiffre d'affaires global des hospitalisation / Nombre des Admissions						
Coût de la maintenance	% Charge par rapport au chiffre d'affaires global des hospitalisation / Nombre des Admissions						
Coût de Construction	% Charge par rapport au chiffre d'affaires global des hospitalisation / Nombre des Admissions						
Coût du Terrain	% Charge par rapport au chiffre d'affaires global des hospitalisation / Nombre des Admissions						

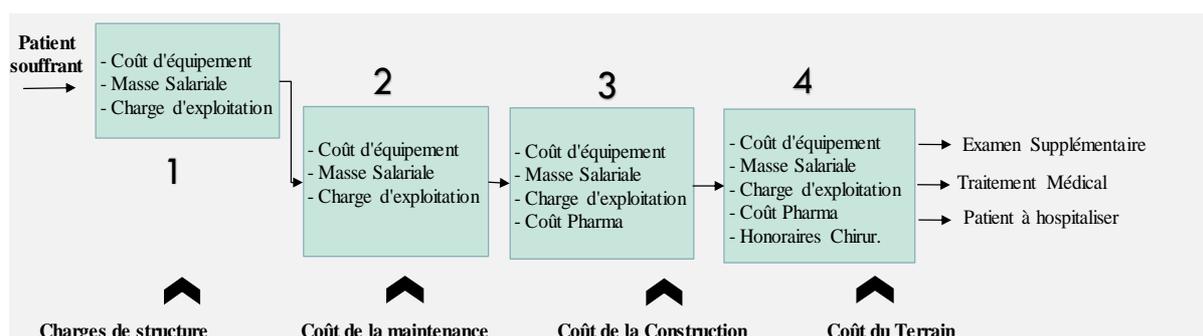


Figure 24 : Structure de coût par activité du parcours

Avec la même logique et afin de concrétiser notre expérience, la figure 25 illustre la carte de calcul des coûts pour la chirurgie de la cataracte, en retraçant les multiples activités qui composent le parcours, les différentes dépenses directes et indirectes, et les inducteurs de chaque élément de coût.

Bilan de calcul de coûts pour chaque parcours. Avant d'exposer les résultats suivant l'application de la grille de calcul pour chaque parcours, il importe de mentionner que les données que nous avons utilisées dans notre expérimentation proviennent de la direction du contrôle de gestion de l'hôpital Cheikh Zaïd. Nous avons extrait les données comptables du système de la comptabilité générale propre à l'exercice 2019, ainsi que les données relatives à l'exploitation de l'hôpital telles que le nombre de consultations, le nombre d'admissions, les

durées de séjour et les informations relatives aux patients. Ces dernières ont été récupérées à partir du système d'information hospitalier.

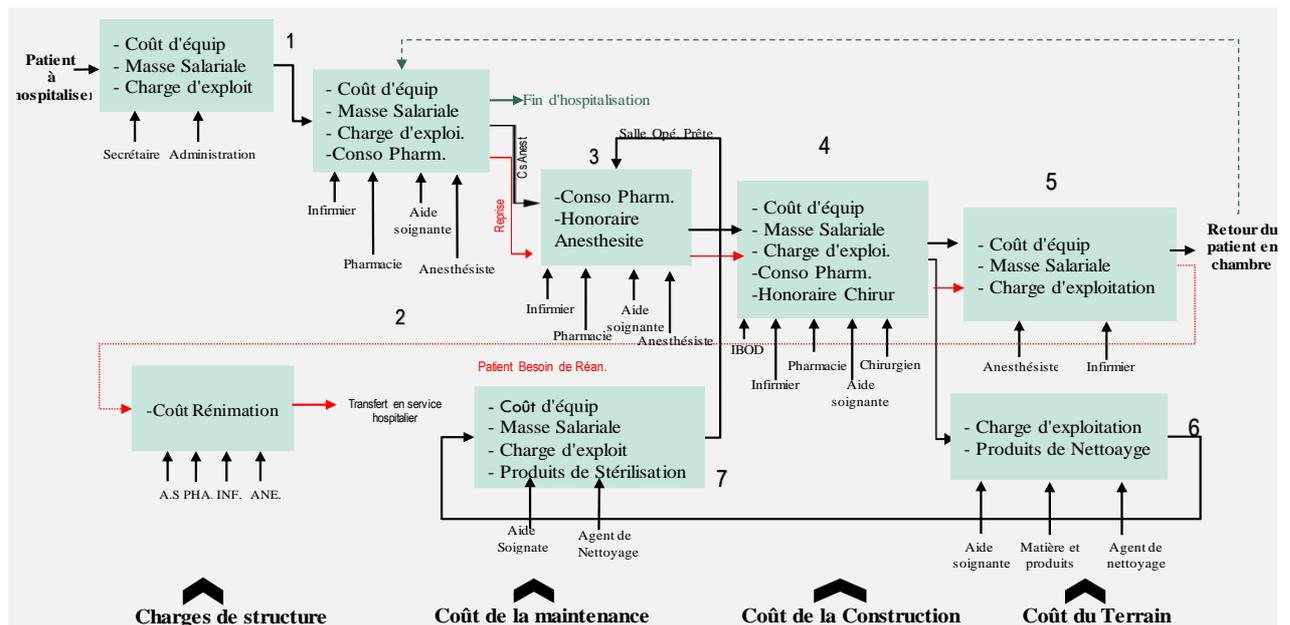


Figure 25 : Structure de coût par activité du parcours

Ainsi, à partir de ces données et après avoir effectué les calculs nécessaires suivant les grilles proposées tables 3 et 4, le coût du parcours de la consultation ophtalmologique par patient (toutes rubriques confondues) peut être caractérisé comme présenté table 5.

Parmi les rubriques du coût du parcours de la consultation, on distingue de nombreux postes de charge que l'on agrège en quatre postes principaux que l'on peut distinguer quelque que soit l'étape du parcours :

- **En termes d'amortissement matériel** : les services des rendez-vous dont le coût correspond à 0,64 dhs, les admissions ambulatoires avec un cout correspondant à 0,28 dhs, les équipements de la salle de consultation qui affichent un coût de 5,33 dhs.
- **En terme de masse salariale** : les coûts correspondent respectivement à : 3,35 dhs, 4,18 dhs et 17,37 dhs pour les agents de rendez-vous, les agents administratif d'admission ainsi que le personnel paramédical affecté à la consultation.
- **En terme de charges d'exploitation** : les coûts correspondent à 6,42 dhs, 0,69 dhs, 20,07 dhs. Ces coûts correspondent à quelques prestations propres à l'exploitation telles que la consommation d'eau et électricité, les facilités management en l'occurrence la

prestation de nettoyage et gardiennage, le consommable bureautique et la consommation téléphonique...).

- **Les autres rubriques** sont constituées principalement par honoraires des médecins qui présentent (150 dhs) ; les charges de structure (86 dhs), la maintenance (17 dhs), le cout de la construction (53 dhs) et le cout du terrain (36 dhs), Pour un coût global de 433 dhs. La consultation comme nous l'avons précédemment cité est une prestation d'appel pour d'autres prestations. Autrement dit un parcours obligatoire dans une optique normale qui conduit à d'autre parcours tel que le parcours de la cataracte.

Table 6 : Bilan de calcul des coûts du parcours de la consultation en MAD

Consultation		Coût
Amortissement Matériel	Service des Rendez-vous	0,64
	Admission des ambulatoires	0,28
	Salle de consultation	5,33
Masse Salariale	Service des Rendez-vous	3,35
	Admission des ambulatoires	4,18
	Salle de consultaion	17,37
Charges d'exploitation	Service des Rendez-vous	6,42
	Admission des ambulatoires	0,69
	Salle de consultaion	20,07
Autres Rubrique de Charge	Pharmacie	
	Honoraires	150
	Charges de structure	86
	Maintenance	17
	Coût de la Construction	53
	Coût du Terrain	36
Coût Global		401

Selon le parcours, la table 6 fait apparaitre plusieurs catégories de dépenses, notamment les frais d'entretien, les frais de construction, les frais du terrain et les autres charges de structure. Nous étudions ici les coûts directs qui concernent les implications économiques de l'opération de la cataracte, notamment les coûts d'équipement, les salaires, les dépenses opérationnelles et les honoraires du chirurgien.

Table 7 : Résultat de calcul des charges du parcours de la cataracte en MAD

Rubrique		Coût moyen	Coût max
Amortissement Matériel	Accueil & Admission	2	2
	Hospitalisation	65	65
	Bloc Opér Salle Ophtalmologie	441	441
	Surveillance	29	29
	Bloc Opér Equipement commun & Stérilisation	63	63
	Activité Logistique	5	5
Masse Salariale	Accueil & Admission	28	28
	Hospitalisation	377	377
	Bloc Opér Salle Ophtalmologie (anesth+chir+rev+prepa)	204	204
	Surveillance	33	33
	Stérilisation	33	33
Charges d'exploitation	Accueil & Admission	22	22
	Hospitalisation	223	223
	Bloc Opér Salle Ophtalmologie	69	69
	Surveillance	3	3
Autre Rubrique de Charge	Pharmacie	2 160	4 952
	Restauration	125	125
	Honoraires Médecins	2 600	2 600
	Charges de structure	777	777
	Maintenance	83	83
	Coût de la Construction	480	480
	Coût du Terrain	327	327
	Séjour	2	4
Coût Global		8 144,69	10 938

Au niveau des rubriques du coût du parcours de la cataracte, on distingue de nombreux postes de coûts que l'on agrège en quatre postes principaux à l'instar du parcours de la consultation.

- **En termes d'amortissement matériel** : les admissions hospitalisées dont le coût correspond à 2 dhs ; les équipements du service d'hospitalisation (65 dhs), les équipements de la salle d'opérateur, surveillance et équipement de stérilisation qui affiche un coût de 96dhs.
- **En termes de masse salariale** : les coûts correspondent respectivement à : 28 dhs, 377 dhs, 204 dhs, 66 dhs pour les agents administratifs des admissions, les agents administratifs, les infirmiers et les aides soignant du service hospitalisation, bloc opératoire, salle de surveillance et stérilisation.
- **En termes de charges d'exploitation** : les coûts correspondent à 22 dhs, 223 dhs, 69,03 dhs.

- Ces coûts correspondent à quelques prestations propres à l'exploitation tels que la consommation d'eau et électricité, les facilités management, en l'occurrence la prestation de nettoyage et gardiennage, le consommable bureautique, la consommation téléphonique...).
- **Les autres rubriques** sont constituées principalement des honoraires des médecins qui représentent 2600 dhs, les charges de structure 777 dhs, les coûts de maintenance 83 dhs, les coûts de la construction 480 dhs et le cout du terrain 327 dhs. La somme de ces rubriques correspond à un coût total de 8144 dhs.

Manifestement, les chiffres peuvent sembler être simplement des chiffres parachutés, alors qu'en réalité, ils résultent d'un travail nécessitant une expertise approfondie. Ce travail impliquait la collecte de données auprès de divers services, notamment le service financier pour les factures d'achats d'investissement et les différentes charges, le service des techniques pour les volumes de consommations énergétiques et de fluides, le service des ressources humaines pour la masse salariale, ainsi que le service de contrôle de gestion pour les retraitements et les affectations nécessaires.

Cette approche de calcul permet une analyse objective des principales rubriques et poste de charge qui compose le parcours. Il est à préciser que les valeurs sont des valeurs moyennes. La réalité constatée sur le terrain peut parfois s'éloigner assez fortement de cette moyenne.

La table 8 illustre ce phénomène en analysant la consommation des produits pharmaceutiques par médecin.

Table 8 : La consommation de Pharmacie par Médecin

Médecin	Moyenne conso pharmacie
Médecin A	1 842,96
Médecin B	2 510,49
Médecin C	2 666,91
Médecin D	2 521,45
Médecin E	2 578,13
Médecin F	2 070,86
Médecin J	2 223,17
MOYENNE	2 344,85

On observe que la consommation moyenne varie d'un médecin à l'autre pour le même acte. Si nous examinons les consommations des médecins A (celui qui consomme le moins) et C (celui qui consomme le plus), nous constatons un écart de 45 %. Le but ici n'est pas de savoir pourquoi mais de fournir aux décideurs de l'hôpital les données d'analyse de la consommation

réelle des ressources par les médecins pour prendre les mesures nécessaires pour contrôler et maîtriser l'utilisation des ressources et améliorer la gestion.

En poursuivant la même logique d'analyse de la performance entre médecins, nous avons analysé la durée moyenne de séjour pour chacun d'eux (figure 25). Le médecin C entraîne une durée moyenne de séjour pour une opération de la cataracte plus longue de 14,5 % que les médecins (A, E et G).

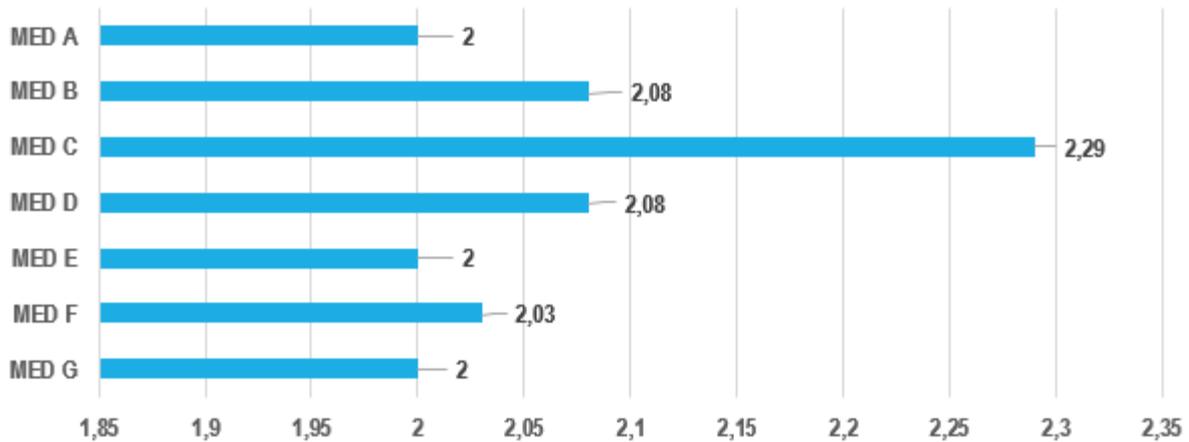


Figure 26 : Séjour Moyen par médecin

Conclusion. La structuration des coûts proposée nous a non seulement permis de proposer une méthode de calcul du coût du parcours de l'hôpital Cheikh Zaïd mais également, d'identifier rapidement les centres de coûts annexes et d'éventuels dépassements ainsi que leurs causes sous-jacentes. Cette identification confère à l'hôpital la possibilité de rationaliser ses dépenses, d'optimiser sa consommation de ressources pour chaque parcours et d'assurer une meilleure gouvernance de sa structure d'un point de vue financier. L'échantillon de patientèle choisi ne laisse apparaître aucune autre difficulté que la non-performance des médecins

Dans le cas de l'hôpital Cheikh Zaïd, les principaux coûts identifiés sont les frais pharmaceutiques, l'amortissement des équipements, les salaires, les honoraires des médecins, les charge de structure, les coûts de la maintenance et les frais de fonctionnement. Ainsi, la connaissance du coût du parcours patient est cruciale pour la gestion de l'hôpital.

Toutefois, notre approche présente une limite d'intégration du **temps ou de délai d'exécution** au niveau de la composante du coût. En effet, le délai devrait être ajouté à chaque niveau

d'exécution et considérée comme un coût caché non visible, étant donné que l'hôpital n'a pas encore atteint le niveau de maturité de production nécessaire.

4.3.3. L'évaluation de la dimension « Prise en charge »

La dimension prise en charge est la deuxième dimension prise en compte dans notre démarche. Pour rappel, le modèle de Buttard et Marmorat propose l'évaluation de la qualité de la prise en charge selon quatre sous-dimensions à savoir la satisfaction du patient, la qualité des soins, l'efficacité clinique et l'innovation. Compte tenu de leurs spécificités (intégration des aspects liés aux taux d'infection, taux de mortalité, publications, brevets...), les sous dimensions « innovation » et « efficacité clinique » ne sont pas évaluées au niveau de cette partie. En effet, nous nous focaliserons uniquement sur les deux sous-dimensions relatives à la satisfaction client et à la qualité de soins du fait que leur évaluation est applicable au parcours du patient. Cette dimension s'intéresse à toutes les actions entreprises tout au long des parcours, notamment :

- La gestion des rendez-vous ;
- L'accueil et l'information des patients et de leurs familles ;
- La gestion des doléances ;
- La déclaration des événements indésirables ;
- Le suivi des délais d'attente ;
- Le suivi des performances des médecins ;
- Le nombre de visites récurrentes ;
- La durée moyenne de séjour (DMS) par médecin ;
- Le suivi des annulations d'interventions chirurgicales par médecin ;
- Le suivi des reprises chirurgicales par médecin.

Les stratégies établies par l'hôpital doivent placer le patient au centre de son activité pour identifier le service à proposer, le mettre en œuvre de façon efficiente et ainsi être concurrentiel. Les hôpitaux doivent donc tenir compte de multiples facteurs : les exigences des patients, les contrôles financiers qui doivent être rigoureux, la législation et les réformes de santé qui ont accru la pression sur les « Prestataires » de soins de santé pour qu'ils évaluent et créent les

services de santé idoines. La satisfaction des patients est une mesure essentielle de la qualité des soins, car elle indique si les prestataires de soins ont répondu à leurs attentes. L'évaluation de la satisfaction des patients peut se faire de différentes manières, les enquêtes de satisfaction étant la principale méthode utilisée pour évaluer la perception des patients quant à la qualité des soins qu'ils reçoivent. Ces enquêtes aident les prestataires de soins à identifier les points à améliorer dans leurs services et à obtenir des informations précieuses sur les besoins et les préférences des patients.

Dans cette optique, une enquête a été menée auprès des patients qui ont emprunté le parcours ambulatoire et le parcours hospitalisation afin d'offrir les informations nécessaires pour évaluer la qualité de soins et son impact sur la satisfaction du patient et l'impact de la satisfaction sur la fidélité. Cette enquête a été rendue nécessaire par le fait que l'hôpital n'en avait jamais conduit et ne possédait donc pas d'historique sur le sujet.

Pour ce faire, nous avons utilisé le modèle SERVQUAL adopté par Baldwin et Sohal (2003) et l'avons appliqué au secteur de la santé. En utilisant ce modèle, les établissements de soins peuvent évaluer les attentes des patients par rapport au cinq dimensions clés que propose le modèle pour mesurer la qualité des services : la tangibilité, la fiabilité, la réactivité, l'assurance et l'empathie (ces dimensions seront détaillées par la suite). Chacune est mesurée en utilisant un questionnaire qui demande aux clients de noter leur niveau de satisfaction, puis de mesurer leur satisfaction et leur fidélité en fonction de leur perception de la qualité réelle du service fourni.

4.3.3.1. Définition des variables de l'étude

La littérature contient de nombreuses références relatives aux concepts de qualité et de service à la clientèle pour les professions médicales dans une perspective clinique. Il a été envisagé qu'il existe un écart significatif entre la qualité de service attendu par un patient et la qualité de service perçu par ce même patient, relativement aux soins reçus. Plusieurs facteurs expliquent cet écart et sont notamment liés à la qualité de service du traitement dispensé (Strasser *et al.*, 1995).

Cette section examine la force de la relation entre pratiques et résultats de la qualité de service dans le parcours ambulatoire et le parcours de l'hospitalisation. Les variables mobilisées dans le cadre de cette étude sont la qualité de service, la satisfaction et la fidélité des patients.

Qualité de service. Une définition populaire de la qualité proposée par Berry *et al.* (1988) est « *la conformité aux spécifications* ». Cependant, ces auteurs poursuivent en affirmant que cette définition peut être améliorée pour la qualité du service : « *la conformité aux spécifications du client ; c'est la définition de la qualité que le client donne, et non celle de la direction, qui compte* ». L'audit centré sur le patient, tel que décrit par Brown et Bell (1998), est salué étant le premier instrument « *totalemment fondé sur les opinions des patients* ». L'audit tel qu'il est décrit est en effet orienté vers le patient, il semble n'être qu'une adaptation du cadre de la qualité de service de Parasuraman *et al.* (1991). La tangibilité, la fiabilité, la réactivité, l'assurance et l'empathie sont les cinq indicateurs d'évaluation de la qualité, définis comme suit :

- **Tangibilité** : apparence physique des locaux, équipements, du personnel et des documents ;
- **Fiabilité** : capacité à réaliser le service promis de manière sûre et précise ;
- **Réactivité** : capacité des professionnels de santé à répondre rapidement et efficacement aux besoins des patients ;
- **Assurance** : volonté d'aider le patient en lui fournissant un service rapide et adapté ;
- **Empathie** : facilité d'accès, la communication et la compréhension du patient.

Satisfaction.

La satisfaction du client fait référence à une évaluation spécifique du service global fourni, elle doit être évaluée sur la base de l'expérience vécue au cours du processus de prestation du service. Selon Kotler (2003), la satisfaction implique un sentiment de bonheur ou de déception et découle d'une comparaison entre l'impression que l'on a de la performance (ou du résultat) d'un produit ou d'un service et ses attentes initiales.

De nombreux chercheurs ont constaté que la satisfaction du consommateur et la satisfaction du patient ne peuvent être mises sur un pied d'égalité. Comme le décrit Daniel (2014), les modèles conceptuels orientés marketing ne s'adaptent pas facilement ou sont tout simplement inappropriés à de nombreux scénarios médicaux courants. Les différences et les rôles joués par les attentes, les perceptions des patients ne sont pas encore totalement compris. Les auteurs ont également déclaré que de nombreux patients font l'expérience d'eux-mêmes par rapport à un système de soins de santé, et il est possible que certains patients restent simplement passifs et n'évaluent pas le service fourni. Laflamme (2009) a signalé que les patients peuvent avoir un ensemble complexe de croyances qui ne peuvent être exprimées en termes de satisfaction. Selon Foudriat (2007), les résultats d'une enquête de satisfaction doivent être interprétés dans

le contexte d'un certain nombre d'hypothèses sur ce que le patient entend réellement par « satisfait ». Mpinga et Chastonay (2011) ont cherché à savoir si la satisfaction des patients était un indicateur de santé en comparant l'état de santé avec la satisfaction générale des patients, en partant du principe que la satisfaction des patients pouvait être utile comme indicateur de santé. Ils ont conclu que la satisfaction des patients peut être utilisée comme un indicateur de l'état de santé.

En théorie, un indice de satisfaction des patients est une évaluation personnelle des services et des prestataires de soins de santé. Il est erroné d'assimiler toutes les informations issues des enquêtes auprès des patients à la satisfaction des patients. Par exemple, Les évaluations de la satisfaction sont intentionnellement plus subjectives. Elles tentent de saisir une évaluation personnelle des soins qui ne peut être connue en observant directement les soins. Par exemple, on peut demander aux patients d'indiquer le temps qu'ils ont passé avec leur prestataire ou d'évaluer si on leur a accordé suffisamment de temps. Bien que les évaluations de la satisfaction des patients soient parfois critiquées parce qu'elles ne reflètent pas parfaitement la réalité objective ou les perceptions des prestataires de soins de santé, elles fournissent néanmoins des informations précieuses pour la satisfaction. Ces évaluations permettent d'identifier les écarts entre les attentes des patients et les services fournis par les prestataires de soins, et révèlent des domaines d'amélioration qui pourraient autrement passer inaperçus.

Fidélité.

La fidélisation de la clientèle s'obtient au prix de grands efforts grâce à des programmes de marketing personnalisés qui placent le client au centre de toutes les activités de l'entreprise (Lambin et De Moerloose, 2021). Cependant, plusieurs facteurs multidimensionnels contribuent à la fidélisation des clients (Frisou, 2005). La fidélité des clients est également déterminée par les caractéristiques des consommateurs (Nguyen et LeBlanc, 2004). Par exemple, certaines personnes n'aiment pas l'incertitude et sont très fidèles aux premiers produits qu'elles utilisent. D'autres sont plus « aventureux » et veulent essayer de nouveaux produits même s'ils aiment ou sont satisfaits des produits précédents. À l'origine, la fidélité à la marque et la fidélité au client avaient presque la même signification. En outre, plusieurs études antérieures qui ont examiné en détail la fidélité à la marque pour les produits tangibles ont servi de base à un concept de fidélité de la clientèle qui s'étend maintenant aux organisations de services (Boyer et Nefzi, 2008). La fidélité est l'utilisation continue d'un produit ou d'un service et est fondée sur les attitudes envers le produit ou le service. La différence entre

utilisation fidèle et utilisation habituelle est liée à la dynamique qui sous-tend la sélection d'un produit ou d'un service particulier. Un acheteur fidèle est, à un certain niveau, engagé dans une relation, alors qu'un acheteur habituel s'engage indifféremment dans un comportement de routine (Boyer et Nefzi, 2008).

Des études ultérieures ont identifié deux dimensions de la fidélité des clients, le comportement et l'attitude (Ayoubi, 2016), et ont commencé à intégrer une orientation plus cognitive, reflétant l'hypothèse selon laquelle un client vraiment fidèle n'envisage pas de produits alternatifs lors de sa prochaine décision d'achat (Gremler et Brown, 1996). En raison de la nature complexe des services et du niveau élevé d'implication des patients dans les interactions avec les médecins, celle-ci sera *de facto* plus importante que celle avec l'environnement interne (administration, support...) des établissements de santé.

4.3.3.2. Démarche et présentation du questionnaire

La méthode de recherche choisie pour cette étude impliquait la réalisation d'entretiens en face à face avec les patients de l'HCZ. Nous aborderons la méthodologie en examinant l'instrument de recherche, la sélection de l'échantillon et les analyses statistiques. Les échelles déjà utilisées par d'autres chercheurs pour mesurer des concepts essentiels tels que la qualité de service, la satisfaction et la fidélité ont été intégrées dans cette étude.

Dans notre contexte, la mesure de la qualité du service a été effectuée à travers les cinq dimensions. La tangibilité a été mesurée au travers de quatre sous-items ; la fiabilité de cinq sous-items, la réactivité de quatre sous-items, l'assurance de quatre sous-items et l'empathie de cinq sous-items, sur des échelles de type Likert de 1 à 5 (Baldwin et Sohal, 2003). La satisfaction a été mesurée à travers cinq sous-items (Ware Jr *et al.*, 1983) sur la même échelle de Likert. La fidélité a également été mesurée à l'aide de trois sous-items (Astuti et Nagase, 2014), sur la même échelle de Likert.

Méthodologie d'administration du questionnaire. Ce paragraphe donne un aperçu des considérations méthodologiques pertinentes pour le champ de l'étude. La procédure d'échantillonnage et les méthodes utilisées pour administrer le questionnaire sont décrites séparément.

Le profil de patient objet de l'enquête est constitué d'hommes et de femmes âgés de plus de 18 ans, capables de prendre des décisions concernant la prestation de soins de santé. Nous avons

engagé deux enquêteurs pendant cinq semaines pour nous aider à administrer le questionnaire de notre étude et à atteindre nos objectifs de recherche. L'enquêteur N1 était chargé des patients qui étaient passés par le parcours de la consultation d'ophtalmologie. L'enquêteur N2 était en charge des patients ayant suivi le parcours de la cataracte et, c'est lui qui devait remettre le questionnaire aux patients (Annexe 2). Ensuite toutes les informations ont été regroupées dans une seule base de données réalisée avec l'outil Google Forms pour faciliter l'exploitation.

4.3.3.3. Résultat descriptif de l'enquête par parcours

Le parcours de la consultation ophtalmologique

Qualité de service. Le tableau ci-dessous représente les réponses des patients ayant suivi le parcours de la consultation ophtalmologique à l'hôpital et retrace l'expérience patient quant à leur perception de la qualité du service et ce, en se basant sur les principes édictés par le modèle Servqual. La table 9 montre clairement que les patients ont une perception mitigée de la qualité du service à l'hôpital.

Table 9 : Résultat de l'enquête sur la qualité de service

	Items	D'ACCORD		DESACCORD		POPULATION SONDEE
		Effectif	%	Effectif	%	
Tangibilité	[L'hôpital dispose d'un équipement moderne]	97	80%	24	20%	121
	[Les installations physiques de l'hôpital sont visuellement attrayantes]	98	81%	23	19%	121
	[Les employés de l'hôpital ont une apparence soignée]	100	83%	21	17%	121
	[Le matériel de l'hôpital est visuellement attrayant]	95	79%	26	21%	121
SOUS TOTAL TANGIBILITE			81%		19%	
Fiabilité	[Lorsque l'hôpital promet de faire quelque chose, il le fait.]	85	70%	36	30%	121
	[L'hôpital montre un intérêt sincère à résoudre vos problèmes.]	92	76%	29	24%	121
	[L'hôpital effectue le service correctement dès la première fois.]	90	74%	31	26%	121
	[L'hôpital fournit les services au moment où il le promet]	90	74%	31	26%	121
	[L'hôpital tient des registres précis]	87	72%	34	28%	121
SOUS TOTAL FIABILITE			73%		27%	
Réactivité	[Les employés vous disent quand les services seront effectués]	92	76%	29	24%	121
	[Les employés fournissent des services rapides]	94	78%	27	22%	121
	[Les employés sont toujours prêts à aider]	101	83%	20	17%	121
	[Les employés ne sont jamais trop occupés pour répondre à vos demandes]	92	76%	29	24%	121
SOUS TOTAL REACTIVITE			78%		22%	
Assurance	[On peut faire confiance aux employés]	100	83%	21	17%	121
	[Je me sens en sécurité dans l'interaction avec les employés]	101	83%	20	17%	121
	[Les employés sont toujours courtois]	98	81%	23	19%	121
	[Les employés ont les connaissances nécessaires pour répondre à vos questions]	97	80%	24	20%	121
SOUS TOTAL ASSURANCE			82%		18%	
Empathie	[Les employés accordent une attention individuelle]	94	78%	27	22%	121
	[L'hôpital a des heures d'ouverture qui vous conviennent]	102	84%	19	16%	121
	[Les employés accordent une attention personnelle]	95	79%	26	21%	121
	[L'hôpital a vos intérêts à cœur]	91	75%	30	25%	121
	[Les employés comprennent vos besoins spécifiques]	96	79%	25	21%	121
SOUS TOTAL EMPATHIE			79%		21%	
TOTAL GENERAL			78%		22%	

Suite à cette enquête, les résultats indiquent que la majorité de la population, soit 78%, est d'accord avec la qualité des services de soins. Cette approbation est basée sur une notation allant de 4 à 5. En revanche, 22% des personnes interrogées ont exprimé leur désaccord ou se sont montrées neutres vis-à-vis des critères d'appréciation évalués. Ces individus ont attribué une notation allant de 1 à 3. Il convient de souligner que la catégorie de la population considérée comme "neutre" (notation 3) n'a aucun impact positif sur l'appréciation de la qualité des services et est donc regroupée dans la catégorie des personnes en « désaccord ».

En termes de tangibilité, il est constatable que 81% de la population sondée approuve les différents items évalués qui font référence aux installations physiques, à l'équipement et à l'apparence des employés. En parallèle, 19% des patients estiment que ce n'est pas le cas où sont neutres quant à ces items. Toutefois, il est important de relever que l'item portant le plus de désaccord ou de neutralité dans ce critère est celui qui concerne l'attractivité du matériel hospitalier puisque 21% de la population est en désaccord avec cet aspect.

En ce qui concerne la fiabilité, elle est évaluée de manière positive à 73% par les patients sondés contre 27% de la population partagée entre une évaluation neutre et une évaluation négative. Par ailleurs, il est constatable au niveau de ce critère que l'item le moins bien noté est la capacité de l'hôpital à tenir ses promesses.

En matière de réactivité, la patientèle est satisfaite de la qualité à hauteur de 78% et la population neutre et en désaccord avec les items représente 22%. Les items les moins bien évalués sont en relation avec la planification des services qui n'est pas communiquée aux patients (24%) ainsi que l'indisponibilité des employés pour répondre aux demandes des patients (24%). Au sujet de l'assurance, il apparaît que 82% de la patientèle sondée valorise positivement la qualité des soins mais que 18% de la population soit en désaccord ou neutre. L'aspect le moins bien évalué au niveau de ce critère est la maîtrise des connaissances par le personnel pour répondre aux différentes questions des patients (20%).

Aussi, l'empathie qui fait référence à la bienveillance et à l'attention individuelle des employés a été évaluée positivement par 79% de la patientèle sondée tandis que 21% de la patientèle estime être en désaccord ou neutre quant aux items appréciés. Enfin, il semble important de rappeler qu'une appréciation globalement positive (78%) de la qualité des services n'exclue pas nécessairement des évaluations défavorables au niveau d'un certain nombre d'items spécifiques. En effet, de cette enquête, nous avons pu constater que l'HCZ présentait quelques

déficiences en termes de qualité de services de soins sur les aspects relatifs à la fiabilité (27%), la réactivité (22%) et l'empathie (21%). Ces caractéristiques étant les moins bien évaluées sur l'échelle de Servqual, il apparaîtrait pertinent d'en faire une priorité de la politique d'amélioration de la qualité des soins de la structure.

Satisfaction. La table 10 présente le résultat de l'enquête de satisfaction menée auprès des patients ayant suivi le parcours ophtalmologique en ambulatoire. L'échantillon a été sondé sur la satisfaction à l'égard des soins médicaux reçus.

Table 10 : Résultat de l'enquête sur la satisfaction

ITEMS	DESACCORD				D'ACCORD			POPULATION SONDEE
	1	2	3	%	4	5	%	
[Je suis très satisfait des soins médicaux que je reçois.]	0	0	11	9%	27	83	91%	121
[Les médecins laissent leurs patients leur dire tout ce que le patient pense être important.]	0	1	9	8%	25	86	92%	121
[Les médecins demandent aux patients quels aliments ils mangent et expliquent pourquoi certains aliments sont meilleurs.]	3	3	115	100%	0	0	0%	121
[Les médecins agissent comme s'ils rendaient service à leurs patients en les traitant]	1	2	6	7%	30	82	93%	121
[Les médecins traitent toujours leurs patients avec respect]	0	0	7	6%	8	106	94%	121
				26%			74%	

A l'instar de l'enquête relative à la qualité des soins, cette enquête axée autour de la satisfaction des prestations médicales se base sur les principes de l'échelle de Servqual et classifie les notations de la catégorie « Pas du tout d'accord » (équivalent à la note de 1) à la catégorie « Tout à fait d'accord » (équivalent à la note de 5). A la lecture des résultats, il apparaît que 74% de la population sondée est globalement satisfaite des soins médicaux reçus et que 26% ne l'est pas ou est neutre quant à la question. Toutefois, un chiffre en particulier attire l'attention au niveau de l'item spécifique à l'alimentation et à la nutrition de la patientèle. En effet, il apparaît que près de 100% de la patientèle sondée accorde sa neutralité quant à ce point. Cette neutralité s'explique par le fait que le parcours de la consultation ophtalmologique ne prend pas en compte l'item en question. Par ailleurs, en termes de satisfaction quant aux soins prodigués, 110 patients sur 121 ont répondu « *Tout à fait d'accord* » ou « *D'accord* » à l'affirmation « Je suis très satisfait des soins médicaux que je reçois » ce qui représente un échantillon de 91% de la population sondée. Il est à noter que 9% de la population ne s'est pas prononcée sur le sujet et a répondu de manière neutre à la question.

A l'instar de ce premier item, le second item évalué présente 92% de satisfaction puisque seuls 8% de la population sondée affirme être en désaccord avec l'affirmation « les médecins laissent

leurs patients leur dire tout ce que le patient pense être important ». Aussi, à l’affirmation « les médecins agissent comme s’ils rendaient service à leurs patients en les traitant », 112 patients sont d’accord ou tout à fait d’accord avec cette constatation. Cela représente un total de 93% de la population sondée. Enfin, 94% de la patientèle estime que les médecins traitent toujours leurs patients avec respect, les 6% restants étant neutres par rapport à cet item. Dans l’ensemble, les résultats de l’enquête suggèrent que les patients sont majoritairement satisfaits des soins médicaux qu’ils ont reçus à l’hôpital.

Fidélité. La table 11 expose les résultats de l’enquête relatant la fidélité des patients ayant suivi le parcours de consultation ophtalmologique.

Table 11 : Résultat de l’enquête sur la fidélité

Items	DESACCORD				D'ACCORD			POPULATION SONDEE
	1	2	3	%	4	5	%	
[Si vous trouvez un hôpital/clinique qui offre une variété de services de haute qualité, vous ne changez pas d'établissement de traitement]	9	21	25	45%	44	22	55%	121
[Si quelqu'un essayait de critiquer cette clinique ou cet hôpital, j'essaierais de le défendre]	4	11	17	26%	42	47	74%	121
[Si la clinique ou l'hôpital me conseillait de passer un contrôle de santé pour évaluer mes progrès, je reviendrais pour cela.]	1	7	13	17%	36	64	83%	121
				30%			70%	

A l’instar des enquêtes précédentes, cette enquête axée sur de la fidélité de la patientèle se base sur les principes de l’échelle de Servqual et classifie les notations de la catégorie « Pas du tout d’accord » (équivalent à la note de 1) à la catégorie « Tout à fait d’accord » (équivalent à la note de 5).

Il apparaît au niveau de cette enquête que 70% de la patientèle sondée serait fidèle à l’institution au vu de leurs précédentes expériences. En effet, nous estimons que la fidélité est une résultante de la satisfaction et qu’elle peut également être imbriquée avec la qualité des soins prodigués. Ainsi, un patient satisfait n’est pas nécessairement fidèle, toutefois, un patient fidèle est *de facto* satisfait. Bien que globalement la fidélité de la patientèle est estimée à 70%, 45% de la population sondée estime qu’elle changerait d’établissement hospitalier si elle en trouvait un autre qui offrait une variété de service de haute qualité.

Il est à noter que 45% de cette population à savoir 25 personnes est neutre quant à cette question. Aussi, 26% de la population sondée affirme ne pas pouvoir défendre l’hôpital en cas de critique et seulement 17% de la population sondée reviendrait à l’hôpital si on lui conseillait de passer un contrôle de santé.

Le parcours de la chirurgie de la cataracte

Qualité de service. Sur la base de la table 12 il apparaît que les patients ayant suivi le parcours de la cataracte à l'hôpital ont une perception généralement positive de la qualité des services fournis.

Table 12 : Résultat de l'enquête sur la qualité de soins

	Items	D'ACCORD		DESACCORD		POPULATION SONDEE
		Effectif	%	Effectif	%	
Tangibilité	[L'hôpital dispose d'un équipement moderne]	62	95%	3	5%	65
	[Les installations physiques de l'hôpital sont visuellement attrayantes]	59	91%	6	9%	65
	[Les employés de l'hôpital ont une apparence soignée]	61	94%	4	6%	65
	[Le matériel de l'hôpital est visuellement attrayant]	62	95%	3	5%	65
SOUS TOTAL TANGIBILITE			94%		6%	
Fiabilité	[Lorsque l'hôpital promet de faire quelque chose, il le fait.]	60	92%	5	8%	65
	[L'hôpital montre un intérêt sincère à résoudre vos problèmes.]	61	94%	4	6%	65
	[L'hôpital effectue le service correctement dès la première fois.]	62	95%	3	5%	65
	[L'hôpital fournit les services au moment où il le promet]	61	94%	4	6%	65
	[L'hôpital tient des registres précis]	60	92%	5	8%	65
SOUS TOTAL FIABILITE			94%		6%	
Réactivité	[Les employés vous disent quand les services seront effectués]	54	83%	11	17%	65
	[Les employés fournissent des services rapides]	50	77%	15	23%	65
	[Les employés sont toujours prêts à aider]	53	82%	12	18%	65
	[Les employés ne sont jamais trop occupés pour répondre à vos demandes]	53	82%	12	18%	65
SOUS TOTAL REACTIVITE			81%		19%	
Assurance	[On peut faire confiance aux employés]	55	85%	10	15%	65
	[Je me sens en sécurité dans l'interaction avec les employés]	54	83%	11	17%	65
	[Les employés sont toujours courtois]	56	86%	9	14%	65
	[Les employés ont les connaissances nécessaires pour répondre à vos questions]	54	83%	11	17%	65
SOUS TOTAL ASSURANCE			84%		16%	
Empathie	[Les employés accordent une attention individuelle]	58	89%	7	11%	65
	[L'hôpital a des heures d'ouverture qui vous conviennent]	54	83%	11	17%	65
	[Les employés accordent une attention personnelle]	55	85%	10	15%	65
	[L'hôpital a vos intérêts à cœur]	57	88%	8	12%	65
	[Les employés comprennent vos besoins spécifiques]	59	91%	6	9%	65
SOUS TOTAL EMPATHIE			87%		13%	
TOTAL GENERAL			88%		12%	

En effet, la majorité des patients interrogés (94%) s'accordent à dire que l'hôpital dispose d'équipements modernes, d'installations physiques visuellement attrayantes et que les employés ont une apparence soignée. De plus, la plupart des patients reconnaissent que l'hôpital manifeste un intérêt sincère pour la résolution des problèmes, qu'il fournit des services corrects dès la première fois et qu'il les fournit à l'heure promise. Ainsi, le pourcentage de fiabilité de la structure est estimé à 94% selon cette étude.

Toutefois, les chiffres en termes de réactivité, d'assurance et d'empathie sont moins satisfaisants que les critères de tangibilité et de fiabilité. En effet, en ce qui concerne la réactivité, la patientèle interrogée a exprimé quelques inquiétudes quant au niveau d'attention individuelle fourni, ainsi qu'à la réactivité et à la rapidité du service (81% de satisfaction). La

population sondée a également exprimé un niveau d'accord plus faible concernant le critère d'assurance (84%) qui englobe la capacité du personnel à comprendre leurs besoins spécifiques. Enfin, l'échantillon sondé estime à 87% que la structure hospitalière fait preuve d'empathie.

Malgré des chiffres plus bas au niveau de certains critères, les patients du parcours de la chirurgie de la cataracte semblent avoir une perception plus positive de la qualité des services, avec des niveaux d'accord plus élevés dans la plupart des domaines étudiés. En effet, pour rappel, la satisfaction du parcours de consultation ophtalmologique était valorisée à 78% contre 88% au niveau du parcours chirurgical.

Satisfaction. La table 13 présente les réponses des patients qui ont suivi le parcours de la cataracte dans l'hôpital concernant leur satisfaction à l'égard des soins médicaux qu'ils ont reçus.

Table 13 : Résultat de l'enquête sur la satisfaction

ITEMS	DESACCORD				D'ACCORD			POPULATION SONDEE
	1	2	3	%	4	5	%	
[Je suis très satisfait des soins médicaux que je reçois.]	1	0	0	2%	12	52	98%	65
[Les médecins laissent leurs patients leur dire tout ce que le patient pense être important.]	1	0	0	2%	10	54	98%	65
[Les médecins demandent aux patients quels aliments ils mangent et expliquent pourquoi certains aliments sont meilleurs.]	2	3	1	9%	13	46	91%	65
[Les médecins agissent comme s'ils rendaient service à leurs patients en les traitant]	1	0	3	6%	12	49	94%	65
[Les médecins traitent toujours leurs patients avec respect]	0	0	0	0%	4	61	100%	65
				4%			96%	

Au vu des résultats, il semble qu'une majorité de patients sont satisfaits des soins médicaux reçus (98%), 52 patients sur 65 ayant indiqué être « Tout à fait d'accord » avec l'affirmation « Je suis très satisfait des soins médicaux que je reçois ».

En ce qui concerne le comportement et la communication des médecins, les résultats sont également généralement positifs. La plupart des patients sont d'accord ou tout à fait d'accord (98%) avec le fait que les médecins les laissent s'exprimer (54), leur expliquent l'importance de certains aliments (46) et les traitent avec respect (61). Cependant, quelques patients n'étaient pas entièrement satisfaits du comportement des médecins, un petit nombre d'entre eux ayant indiqué qu'ils n'étaient pas d'accord avec l'affirmation « Les médecins agissent comme s'ils rendaient service à leurs patients en les traitant » (6%).

Dans l'ensemble, les résultats de l'enquête suggèrent que les patients qui ont suivi le parcours de la cataracte sont majoritairement satisfaits des soins médicaux qu'ils ont reçus à l'hôpital puisqu'ils représentent 96% de la population sondée. Toutefois, comme pour le premier parcours, il est essentiel de répondre aux préoccupations des quelques patients qui n'ont pas été entièrement satisfaits du comportement des médecins.

Fidélité. La table 14 représente les réponses des patients qui ont suivi le parcours de la chirurgie de la cataracte dans l'hôpital concernant leur fidélité à l'hôpital par rapport aux soins médicaux qu'ils ont reçus.

Table 14 : Résultat de l'enquête sur la Fidélité

Items	DESACCORD				D'ACCORD			POPULATION SONDEE
	1	2	3	%	4	5	%	
[Si vous trouvez un hôpital/clinique qui offre une variété de services de haute qualité, vous ne changez pas d'établissement de traitement]	1	4	3	12%	38	19	88%	65
[Si quelqu'un essayait de critiquer cette clinique ou cet hôpital, j'essaierais de le défendre]	3	0	4	11%	27	31	89%	65
[Si la clinique ou l'hôpital me conseillait de passer un contrôle de santé pour évaluer mes progrès, je reviendrais pour cela.]	1	2	0	5%	22	40	95%	65
				9%			91%	

Au niveau du parcours de la cataracte, 91% des patients ont exprimé un sentiment de fidélité au niveau des affirmations exposées. Ce taux élevé de patients fidèles a été mesuré en évaluant le nombre de malades qui sont revenus se faire opérer le deuxième œil après avoir été opéré pour le premier.

4.3.3.4. Synthèse et premiers constats sur l'évaluation de la prise en charge

Afin d'assurer une appréciation de la dimension prise en charge, le choix d'une évaluation du parcours de façon globale plutôt qu'une évaluation par activité s'est hautement imposée à nous. En effet, de nombreuses activités présentes au niveau des parcours étudiés ne sont pas immédiatement visibles, voire compréhensibles par la patientèle pour pouvoir porter un jugement, comme les activités d'anesthésie ou de stérilisation. L'approche de l'évaluation globale du parcours adoptée nous a permis d'avoir une appréciation claire de la dimension prise en charge du parcours.

En effet, non seulement la mesure de la satisfaction ainsi que la fidélité de la patientèle ont pu être établies, mais aussi, un aperçu de la qualité des soins fournis par l'institution a été déduit. Conformément aux premières sous-dimensions proposées par l'aspect prise en charge qui

demeure fortement liée à la perception de la patientèle. Les deux sous-dimensions d'efficacité médicale et d'innovation n'ont pas pu être évaluées. En effet, l'incapacité d'évaluer ces sous-dimensions réside dans le fait que l'efficacité médicale et l'innovation sont des concepts complexes à multiples facettes qui ne peuvent pas être entièrement saisis par l'enquête. En effet, l'efficacité médicale implique des indicateurs tels que le pourcentage des complications, le taux de mortalité, le nombre d'erreurs. L'innovation, quant à elle, implique l'adoption de nouvelles technologies, techniques ou pratiques qui améliorent les résultats pour les patients et la qualité des soins.

Il est clair que ces différents items ne pourraient pas être évalués convenablement par des patients qui n'ont pas d'expérience. Ces facteurs peuvent être influencés par un large éventail de facteurs externes et internes, notamment l'infrastructure, le personnel, les ressources et la culture de l'hôpital.

4.4. Conclusion

Au cours de ce chapitre, l'approche d'évaluation de la performance proposée par Buttard et Marmorat et d'autres modèles permettant de mesurer la qualité de service, tels que le modèle SEVQUAL, ont été mis en œuvre afin de déterminer les coûts ainsi que les degrés de satisfaction relatifs à la qualité de prise en charge de la patientèle de l'HCZ.

A travers l'adoption de cette stratégie d'évaluation reposant sur les modèles théoriques, nous avons été en mesure de répondre aux obligations d'évaluation de la dimension économique et budgétaire ainsi que de la dimension prise en charge. Toutefois, la réussite de cette appréciation repose grandement sur le fait que les modèles théoriques définissant notre travail ont été adaptés aux réalités du terrain. En effet, l'évaluation proposée n'intègre pas les dimensions territoriales et organisationnelles car le périmètre de ces deux dimensions n'est pas celui du parcours du patient.

La démarche d'évaluation qui a été entreprise au niveau de ce chapitre présente pour l'hôpital un ensemble de bénéfices qui peuvent être listés de manière non exhaustive. En premier lieu, cette évaluation permet à la structure d'avoir une meilleure maîtrise du service qu'elle offre et d'assurer une veille concurrentielle en continue (démarche qualité s'appuyant sur la fidélité de la patientèle). Elle permet également à l'hôpital de mieux maîtriser ses coûts et d'assurer une

meilleure structuration de ses dépenses. L'ensemble de ces avantages matérialise l'utilité d'une telle évaluation pour une structure comme L'HCZ. Elle nous pousse à proposer la généralisation d'une telle approche afin de permettre au paysage sanitaire marocain de mieux se structurer. Cette généralisation fait l'objet du chapitre suivant.

Chapitre 5.

Les éléments méthodologiques d'une démarche globale d'évaluation

Sur la base de l'étude expérimentale présentée au chapitre précédent, le présent chapitre propose une approche méthodologique d'évaluation adaptable à toute structure sanitaire désireuse de s'intégrer dans une démarche d'évaluation de ses performances basée sur le parcours. Plus spécifiquement, la généralité de cette approche d'évaluation permettra aux établissements de santé de mieux maîtriser leurs coûts et le niveau de la qualité des prestations offertes à leur patientèle.

Pour ce faire, après avoir examiné en détail l'approche expérimentale entreprise, ce chapitre proposera deux approches méthodologiques distinctes visant à évaluer les deux dimensions retenues du modèle de Buttard et Marmorat.

5.1. Les leçons tirées de la démarche expérimentale

Concernant le modèle de Buttard et Marmorat, rappelons le niveau de détail auxquels nous avons décidé d'appliquer les deux dimensions du modèle.

D'abord, nous avons très vite constaté que les dimensions territoriale et organisationnelle ne peuvent s'appliquer qu'à l'établissement dans sa globalité. Une application à un niveau plus fin n'aurait pas de sens. Comme notre approche se situe au niveau des parcours, ces deux dimensions sont abandonnées. Ensuite, la dimension prise en charge s'applique au parcours mais dans la globalité de ce dernier, une approche par activité n'aurait pas de sens compte-tenu du fait que nombre de ces activités ne sont pas visibles de la part du patient. Aussi, cette dimension est utilisée avec une vision intégrée du parcours. Enfin, la dimension économique et budgétaire doit être mise en application au niveau des activités du parcours. C'est la somme

des coûts des activités qui donne le coût du parcours. Aussi, cette dimension est appliquée par activité et nécessite donc une modélisation préalable du parcours. La figure 27 résume cela.

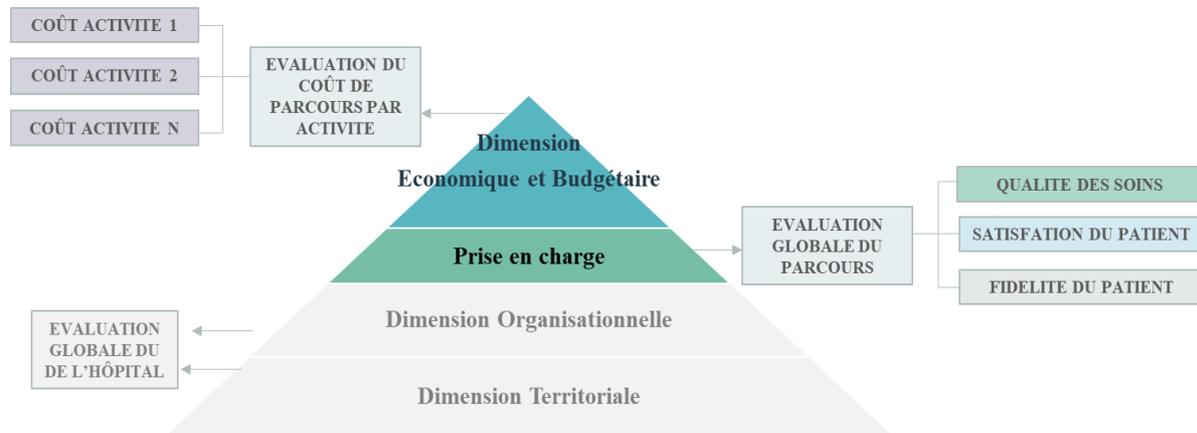


Figure 27 : Les domaines d'évaluation des quatre dimensions

Revenons plus précisément sur les deux dimensions conservées.

Dans le cadre de l'étude de la dimension économique, la définition du parcours patient constitue l'étape la plus cruciale et nécessaire au cadrage du reste de l'évaluation. Ainsi, une modélisation reprenant les différentes activités du parcours patient a été mise en place et a été utilisée afin de calculer le coût par activité des différents éléments qui constituent le parcours. Ces coûts ont pu être déterminés à travers la définition des ressources spécifiques, générales et logistiques de chaque activité. Le coût global du parcours a ensuite été déterminé par la somme des différents coûts d'activité calculés.

Concernant la dimension prise en charge, et compte tenu de sa spécificité, le choix d'une évaluation plus globale plutôt qu'une appréciation par activité s'est imposé. En effet, comme déjà vu, il est notable que de nombreuses activités présentes au niveau des parcours ne sont pas immédiatement visibles voire compréhensibles à la patientèle ce qui justifie l'adoption d'une approche globale de l'évaluation de cette dimension. Toujours dans le cadre de la dimension prise en charge, l'outil SERVQUAL, comme précédemment signalé, nous a permis d'avoir une appréciation claire des différents critères mesurés. En effet, non seulement la mesure de la satisfaction ainsi que la fidélité de la patientèle ont pu être établies, mais un aperçu sur la qualité des soins fournis par l'institution a également été déduit. A travers cet outil, les deux parcours étudiés ont présenté des résultats tangibles.

En conclusion, il ressort que les deux dimensions conservées sont applicables à une approche par parcours. Plus précisément, elles permettent une évaluation d'un parcours patient sous réserve de les appliquer :

- au niveau de granularité présenté : activités pour la dimension économique et budgétaire, parcours pour la dimension prise en charge,
- avec le contenu proposé : analyse des coûts pour la dimension économique et budgétaire, analyse du triptyque qualité des soins / satisfaction du client / fidélité du client pour la dimension prise en charge,
- en utilisant les outils et méthodes complémentaires : analyse des coûts dans les comptes d'exploitation de l'établissement pour la dimension économique et budgétaire, enquêtes et utilisation de SERVQUAL pour la dimension prise en charge.

5.2. Approche et guide méthodologique pour l'évaluation de la dimension économique et budgétaire

5.2.1. Approche méthodologique de l'évaluation

Le déroulé de l'approche est constitué de la façon suivante.

Etape 1. Définition du parcours à évaluer

- Identifier le parcours patient par pathologie que l'on veut évaluer.

Etape 2. Modélisation du parcours

- Décrire les différentes étapes et activités qui composent le parcours et définir leur ordre d'exécution.
- Réaliser le schéma ou diagramme illustrant visuellement le déroulement du parcours.

Etape 3. Identification des ressources mobilisées par les activités

- Identifier les ressources (spécifiques, générales, logistiques, etc.) mobilisées par chaque activité.

Etape 4. Récupération des données, définition des clés de répartition et détermination des coûts

- Collecter les données financières et comptables et d'exploitation pour effectuer les calculs nécessaires. Cela peut inclure des données sur la masse salariale, l'amortissement du matériel, les honoraires des médecins, le nombre de patients hospitalisés et ambulatoire, etc.
- Définir les unités d'œuvre qui permettent de mesurer la consommation de chaque ressource par une activité donnée. Par exemple, pour les ressources humaines, l'unité d'œuvre pourrait être le nombre de patients consultés, le nombre de patients hospitalisés, etc.
- Si certaines ressources sont partagées entre plusieurs activités ou parcours, déterminer les clés de répartition appropriées pour allouer les coûts de manière équitable est nécessaire. Chaque établissement peut définir les clés de répartition qui convient à son contexte, le plus important étant de pouvoir déterminer une clé assurant une ventilation logique et rationnelle du coût objet du calcul que ce soit les coûts directs ou indirects.
- Utiliser la grille proposée au niveau des tables 2 et 3 pour effectuer les calculs des coûts associés à chaque activité du parcours.
- À travers les données collectées et les calculs effectués, les coûts associés à chaque activité sont déterminés et le coût du parcours est la somme des coûts par activité.

5.2.2. Éléments nécessaire pour la mise place de l'approche

5.2.2.1. Recensement des activités du parcours et leur enchaînement

L'organisation des différentes activités qui composent le parcours patient au sein d'une structure hospitalière peut être complexe et nécessite beaucoup de coordination. Pour gérer correctement les différentes fonctions, les activités peuvent être divisées en deux catégories : les activités métier et les activités support.

Comme spécifié au niveau du chapitre précédent, les activités métier concernent directement les soins et la prise en charge des patients tandis que les activités support rassemblent l'ensemble des activités de gestion qui ne constituent pas le cœur de métier.

Ainsi, afin de réaliser de manière optimale ces différentes activités, l'implication des ressources générales spécifiques ou logistiques est capitale. En effet, à titre d'exemple, la réalisation de l'activité de soins nécessite la mobilisation de ressources humaines, de produits pharmaceutiques et de ressources logistiques.

Malgré la grande variabilité existante entre parcours qui semble ressortir en premier abord, une certaine constance peut être identifiée : des activités reviennent systématiquement avec des logiques d'enchaînement qui se reproduisent. Aussi, il est possible de proposer un parcours de référence qui servira de support à la modélisation du parcours patient visé en travaillant par différence.

Dans cette optique, la figure 28 présente le parcours patient type dans le cadre d'une hospitalisation. Il est important de noter que ce parcours de référence doit être adapté, voire complété, dans tous les cas d'usage.

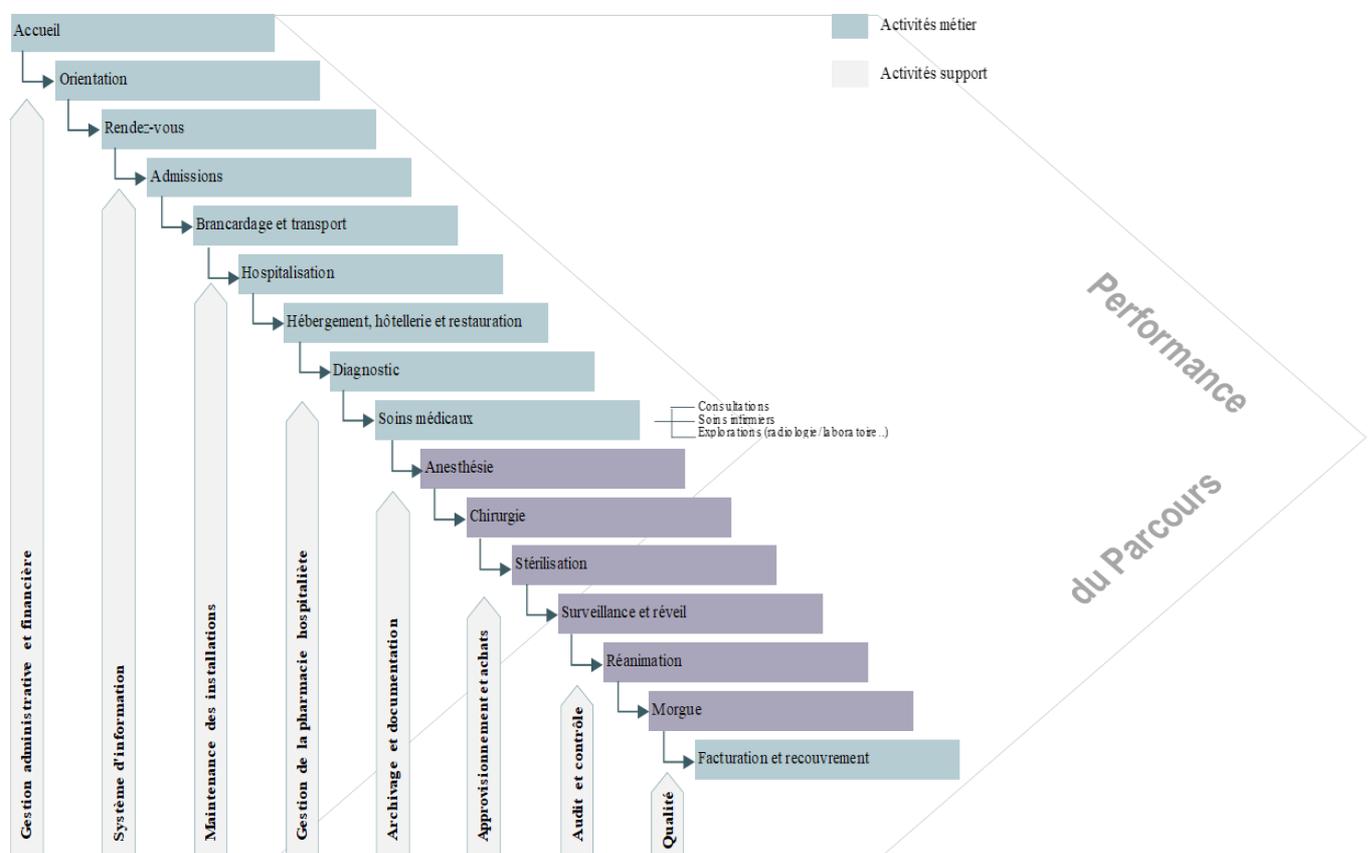


Figure 28 : Parcours patient de référence dans le cadre d'une hospitalisation

Accueil : première activité du parcours, l'accueil permet de recevoir le patient, de nouer un premier contact avec lui et d'instaurer la relation institutionnelle.

Orientation : cette activité fortement liée à celle de l'accueil, voire parfois combinée, est déterminante dans la bonne prise en charge des besoins des patients accueillis.

Prise de rendez-vous : cette activité permet de réguler les différents flux de patientèle et d'optimiser la gestion de la variable temps.

Admission : cette activité est déterminante pour assurer une traçabilité optimale au niveau de la structure et ce, non seulement sur le plan médico-légal mais également sur le plan administratif et financier. En effet, l'activité d'admission permet d'identifier le patient, d'assurer la création d'un dossier médical indiquant le diagnostic et l'assurance maladie du patient, ainsi que le suivi financier des prestations assurées.

Hospitalisation (activité spécifique au parcours hospitalier) : l'hospitalisation demeure l'un des axes les plus caractéristiques du parcours patient puisque cette activité implique la mise à disposition de l'infrastructure nécessaire (chambre, lit d'hospitalisation, matériel médical) pour le confort et le bien-être du patient durant son séjour.

De la même manière, la figure 29 présente le parcours patient de référence pour des soins ambulatoires. Nous décrivons ici sommairement les activités présentes dans les parcours patient de référence.

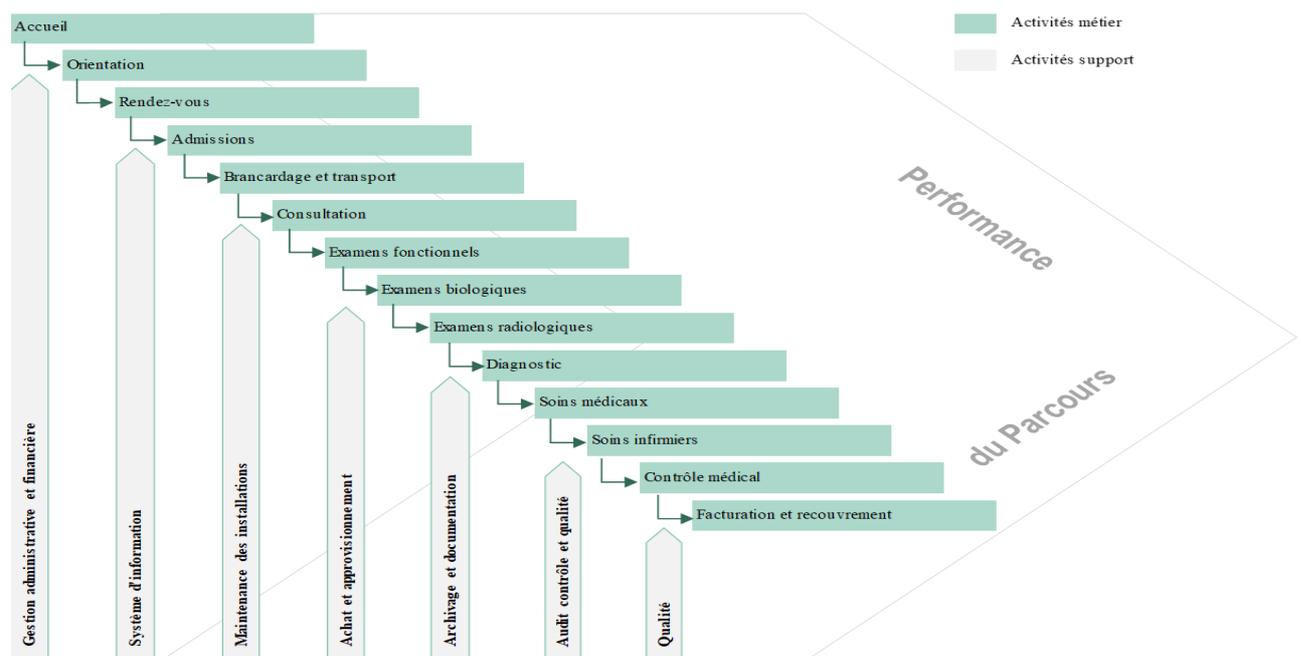


Figure 29 : Parcours patient de référence dans le cadre de soins ambulatoires

Hôtellerie et restauration (*activité spécifique au parcours hospitalier*) : l'activité d'hôtellerie et de restauration regroupe l'ensemble des pratiques d'hôtellerie qui peuvent être dissociées de l'activité hospitalière (lingerie, restauration, nettoyage, ...). Cette activité est dans de nombreux cas sous-traitée mais peut parfois également faire partie des activités métier à travers la partie nutritionnelle et diététique.

Soins médicaux : cette activité permet de déterminer la nature et l'étendue de la maladie ou de la blessure du patient. Les soins médicaux incluent le traitement de la maladie ou de la blessure à travers diverses méthodes, telles que la prescription de médicaments, la physiothérapie, la chirurgie et la rééducation.

Exploration fonctionnelle : regroupant l'ensemble du plateau technique de soins, cette activité permet d'approfondir le diagnostic arrêté et d'assurer une prise en charge approfondie se basant sur des explorations poussées (imagerie médicale, examens biologiques, examens neurologiques...).

Anesthésie, surveillance, réveil et réanimation (*activité spécifique au parcours hospitalier*) : l'activité d'anesthésie comprend l'évaluation préopératoire du patient, la sélection des médicaments et des techniques d'anesthésie appropriés pour le patient et la procédure en question, l'administration de l'anesthésie pendant la procédure, la surveillance étroite du patient pendant et après la procédure pour détecter tout effet secondaire ou complication et la gestion de la douleur postopératoire.

Chirurgie (*activité spécifique au parcours hospitalier*) : elle vise à traiter les maladies et les blessures par des procédés chirurgicaux. Généralement, cette activité est réalisée au niveau d'un bloc opératoire mobilisant ainsi plusieurs ressources et regroupant plusieurs disciplines et spécialités. Ces spécialités peuvent être listées de manière non exhaustive comme suit :

1. *Chirurgie générale* : c'est une spécialité chirurgicale qui traite un large éventail de maladies et de troubles qui nécessitent une intervention chirurgicale, telles que l'appendicite, les hernies, les cancers, les maladies de la thyroïde et les affections gastro-intestinales.
2. *Chirurgie cardiovasculaire* : elle traite les maladies du cœur et des vaisseaux sanguins, telles que les maladies coronariennes, les insuffisances cardiaques, les anévrismes aortiques et les malformations cardiaques congénitales.

3. *Chirurgie orthopédique* : elle traite les maladies et les blessures des os, des articulations et des tissus mous, telles que les fractures, les luxations, les arthrites, les scolioses et les prothèses de hanche et de genou.
4. *Chirurgie neurologique* : elle traite les maladies et les troubles du cerveau, de la colonne vertébrale et des nerfs, tels que les tumeurs cérébrales, les accidents vasculaires cérébraux, les hernies discales et la sclérose en plaques.
5. *Chirurgie plastique et reconstructive* : elle traite les malformations congénitales, les cicatrices, les brûlures, les cancers de la peau et les blessures traumatiques, en utilisant des techniques de reconstruction et de restauration.
6. *Chirurgie ophtalmologique* : elle traite les maladies et les troubles des yeux et de la vision, tels que la cataracte, le glaucome, la dégénérescence maculaire et la rétinopathie diabétique.

Il est à noter que le listing de ces activités est essentiel à la bonne compréhension des ressources mobilisées puisque leurs parcours peuvent différer d'une spécialité à une autre. A titre d'exemple, le parcours de soins au niveau de la prise en charge d'une opération de neurochirurgie nécessitera un plateau technique particulier avec une centrale de traitement d'air pointue puisque la spécialité est classée comme zone à très haut risque de biocontamination.

Stérilisation (*activité spécifique au parcours hospitalier*) : L'activité de stérilisation est un processus indissociable du parcours chirurgical puisqu'elle consiste à désinfecter et stériliser l'instrumentation, les dispositifs et les équipements utilisés lors des interventions chirurgicales et des soins aux patients. La stérilisation implique des techniques spécifiques selon des protocoles stricts, notamment le nettoyage manuel ou automatisé, la désinfection et la stérilisation des instruments par l'utilisation de la vapeur, du gaz et des rayons gamma.

Morgue et gestion des décès (*activité spécifique au parcours hospitalier*) : Cette activité implique des éléments médico-légaux qui garantissent le traitement des corps des patients décédés en respectant leur dignité et un soutien des familles endeuillées. Cette activité implique la prise en charge du patient décédé ainsi que l'accompagnement de sa famille dans les procédures et formalités administratives de transfert. A noter que l'activité de brancardage et de transport est fortement sollicitée par l'activité de gestion des décès.

Facturation et recouvrement : Le recouvrement et la facturation sont des activités vitales pour le parcours de soins puisque c'est sur ces activités que repose la pérennité financière de

la structure. En effet, cette activité garantit la consolidation financière de l'ensemble des prestations de soins réalisées au profit d'un patient au sein de la structure et ce, quelle que soit le parcours de soins emprunté. A la suite de l'édition des factures, le recouvrement prend place afin de s'assurer du paiement et des relances auprès des différents organismes de couverture médicale conventionnés avec l'établissement.

Par ailleurs, l'existence d'activités support est essentielle à la bonne gestion des activités métier et ce, afin d'assurer l'aboutissement du parcours de soins de la meilleure manière possible. Tout d'abord, la gestion administrative et financière - qui est l'une des activités support majeures - assure différentes activités de back office qui garantissent le bon déroulement de l'activité hospitalière. Ainsi, elle regroupe différentes fonctions liées au métier de manière secondaire mais tout de même nécessaires à sa bonne organisation.

Brancardage et transport : l'activité de brancardage est nécessaire afin d'assurer la liaison logistique entre les différentes activités du parcours de soins.

Gestion administrative : elle regroupe les activités suivantes :

- Gestion des ressources humaines, traitements de paie et des honoraires ;
- Gestion de la comptabilité et de la fiscalité ;
- Gestion des achats divers et investissements ;
- Gestion des affaires réglementaires et juridiques.

Maintenance des installations : la troisième activité support essentielle au maintien d'un environnement hospitalier sécurisé efficace et efficient est la maintenance des installations. Cette activité regroupe en son sein les actions d'entretien et de maintenance des équipements médicaux, des systèmes de ventilation, des systèmes électriques et de plomberie, ainsi que la gestion des déchets biomédicaux. Il est important de souligner que l'activité métier de chirurgie est fortement tributaire de cette activité support.

Système d'Information : force est de constater que le système d'information demeure l'exemple le plus intéressant à citer en matière d'activité indirectement liée au métier mais fondamentale à son organisation. En effet, comme le démontre le présent travail, l'activité métier est certes ancrée de manière solide dans le processus hospitalier, mais elle ne peut être traduite efficacement et surveillée qu'à travers les informations entreposées au niveau du système d'information hospitalier, celui-ci permettant de stocker, collecter, gérer et partager

les informations liées à la patientèle, aux soins prodigués mais également, aux résultats financiers.

Gestion de la pharmacie : la gestion de la pharmacie hospitalière est également une activité support capitale puisqu'elle garantit la disponibilité des médicaments et leur utilisation sécurisée. Cela comprend la gestion des stocks, la distribution des médicaments, la gestion des ordonnances et la surveillance des effets indésirables.

L'archivage et la documentation : ils sont également essentiels pour garantir l'exactitude et la disponibilité des informations médicales et administratives. Cela comprend la gestion des dossiers médicaux, des registres de patients, des rapports d'intervention et des comptes rendus médicaux.

L'audit et le contrôle de la qualité : ils garantissent la qualité des soins et le respect des normes et des réglementations. Cela comprend l'audit des processus, la surveillance des indicateurs de qualité, la gestion des plaintes et des réclamations, ainsi que l'identification et la mise en œuvre de mesures d'amélioration de la qualité.

L'approvisionnement et les achats : cette fonction assure la disponibilité des fournitures médicales et non médicales nécessaires pour les soins. Cela comprend l'achat et la gestion des fournitures médicales, telles que les médicaments, les instruments et les consommables, ainsi que les fournitures non médicales, telles que les produits alimentaires et les articles de literie.

En somme, il est clair que les activités support sont essentielles pour garantir le bon fonctionnement du système de santé et la qualité des soins. Les professionnels de la santé travaillent en collaboration avec le personnel administratif et de soutien pour garantir un parcours de soins efficace, sûr et de haute qualité.

En guise de conclusion, nous pouvons statuer sur le fait que la dichotomie entre activités métier et activités support peut être nettement faite. Toutefois, il n'en demeure pas moins que ces deux types d'activités présentent une forme de complémentarité. Ainsi, l'aboutissement du parcours de soin dans sa forme la plus appropriée ne peut être envisagé que s'il existe une forme de cohésion et de collaboration entre les ressources relevant des deux types d'activités. Aussi, l'analyse approfondie des ressources liées aux deux types d'activités est jugée également nécessaire.

5.2.2.2. Les Ressources consommées par les activités

Comme il vient d'être stipulé, une multitude de ressources de plusieurs types peuvent être identifiées et doivent d'être combinées afin d'aboutir à la réalisation des différentes activités constituant le parcours patient.

Ainsi, nous pouvons lister trois principaux types de ressources nécessaires au fonctionnement et à la production des soins au sein de l'hôpital. Ces ressources, directement liées à la nature de l'activité pour laquelle elles sont mobilisées, peuvent être classées comme suit :

- Ressources spécifiques,
- Ressources générales,
- Ressources logistiques.

Ressources spécifiques

Les ressources spécifiques peuvent être définies comme étant les ressources découlant directement de l'activité métier de la structure. Ainsi, elles constituent les ressources nécessaires en premier plan afin d'assurer l'évaluation des activités de soins de la structure. De manière non exhaustive, nous pouvons citer les équipements, les ressources humaines, les médicaments et dispositifs médicaux ainsi que les technologies de l'information. Ces ressources peuvent être classées de la manière suivante.

Équipement médical : toute structure de soins a besoin d'équipements médicaux spécifiques à la réalisation des différents processus programmés. Par exemple, les chirurgiens ont besoin de tables d'opération, de lampes d'éclairage chirurgical, de systèmes de ventilation et de moniteurs de signes vitaux pour surveiller les patients pendant l'opération. Les radiologues ont besoin de scanners, d'échographes ainsi que d'autres appareils de radiologie afin de réaliser les examens de diagnostic et d'imagerie médicale. De manière générale, l'activité hospitalière de soins repose en partie sur l'équipement dont dispose la structure.

Ressources humaines : toute structure de soins repose sur des ressources humaines qualifiées pour offrir des soins de qualité aux patients. Cela comprend les médecins, les infirmiers, les techniciens en radiologie, les techniciens en laboratoire, les pharmaciens, les thérapeutes ainsi que les administrateurs prenant part à la gestion et au pilotage de l'activité de soins.

Médicaments et dispositifs médicaux : ils sont utilisés pour prévenir, traiter, soulager ou guérir les maladies et les différentes affections diagnostiquées. Au niveau des médicaments, on distingue plusieurs classes utilisées dépendamment de leur indication dans des circuits de soins différents. C'est le cas également des dispositifs médicaux, qui sont mobilisés en fonction de la pathologie à soigner (aiguilles, cathéters, compresses, instrumentation chirurgicale, prothèses, stents...).

Ressources générales

Afin de soutenir la production de soins, la structure hospitalière a également besoin de ressources générales au-delà des ressources spécifiques. En effet, ces ressources relèvent du fonctionnement général de l'établissement et sont essentiellement utilisées de manière transversale tout au long du parcours patient. Nous y trouvons l'infrastructure hospitalière (constructions...), les services et moyens de maintenance des équipements, le staff de direction, les services d'approvisionnement des consommables et les services achats, les services gérant les déchets, le système d'information et toute autre ressource caractérisée par sa transversalité.

Les ressources logistiques

Les ressources logistiques interactives sont des ressources qui ne sont pas directement liées à une activité spécifique, mais qui sont nécessaires pour faciliter l'enchaînement des activités. Les ressources logistiques interactives peuvent être rattachées à deux types de situations :

Attente : Ce type de ressource est nécessaire lorsque les patients doivent attendre avant de pouvoir passer à l'activité suivante. Les ressources d'attente comprennent les salles d'attente et le mobilier associé.

Transport : Ce type de ressource est nécessaire pour déplacer les patients d'une activité à l'autre. Les ressources de transport comprennent des véhicules (ambulances, voitures, bus, etc.), des brancards et des brancardiers pour les patients qui ne peuvent pas marcher ou à mobilité réduite.

5.2.2.3. Le modèle de calcul pour la détermination du coût

Le modèle de calcul proposé ici s'appuie sur les concepts de ressources et d'activités tels que présentés plus avant.

Coût d'une activité. Celui-ci est établi de la façon suivante :

$$C.ACT_n = \sum C.RS_i * U.R_{i,n} + \sum C.RG_j * C.R_j$$

Où :

- C.ACT_n : Coût de l'activité n
- C.RS_i : Coût de la ressource spécifique i par unité d'usage
- U.R_{i,n} : Usage de la ressource i par l'activité n
- C.RG_j : Coût de la ressource générale j
- C.R_j : Clé de répartition pour la ressource générale j

Coût d'une activité logistique inter-activité. Dans le cas où celle-ci existe, son coût est calculé comme suit :

$$C.LIA_{n,m} = \sum U.R_{i,n,m}$$

Où :

- C.LIA_{n,m} : Coût de la logistique entre activités n et m
- U.R_{i,n,m} : Usage de la ressource i par la logistique entre activités n et m

Coût d'une activité optionnelle. Il est possible d'identifier des activités qui ne se déroulent pas systématiquement dans le cadre de l'activation d'un parcours patient. Un exemple classique de cette situation correspond au choix d'une activité parmi plusieurs, suite à un diagnostic et une décision. Dans ce cas, le coût de l'activité sera multiplié par le pourcentage d'activation de l'activité pour un déroulé du parcours. Le pourcentage sera défini statistiquement par rapport à l'activité passée :

$$C.OPT.ACT_n = C.ACT_n * \%_n$$

Où :

- C.OPT.ACT_n : Coût de l'activité optionnelle n
- C.ACT_n : Coût de l'activité n
- %_n : % d'activation de l'activité n pour un déroulé du parcours

Coût du parcours. Il en résulte un coût du parcours établi comme suit :

$$CP_k = \sum C.ACT_n + \sum C.LIA_{n,m} + \sum C.OPT.ACT_p . + \sum C.RG_j * C.R_{j,k}$$

Où :

- CP_k : coût du parcours
- $C.R_{j,k}$: Clé de répartition pour la ressource générale j par rapport au parcours k

5.2.3. Application de l'approche

Afin d'illustrer l'approche proposée, celle-ci va être ici appliquée aux deux parcours qui ont servi de base à l'étude expérimentale présentée dans le chapitre 4, à savoir la consultation ophtalmologique et la chirurgie de la cataracte. Pour chacun des parcours, nous suivons les étapes présentées dans la section 5.2.1.

5.2.3.1. Parcours de la consultation ophtalmologique

Etape 1. Définition du parcours à évaluer

Identifier le parcours patient par pathologie que l'on veut évaluer : Parcours de la consultation ophtalmologique.

Etape 2. Modélisation du parcours

Décrire les différentes étapes et activités et leur ordre d'exécution : Le parcours de la consultation ophtalmologique est constitué de 4 étapes :

1. La prise du rendez-vous,
2. La confirmation de la consultation et paiement de la prestation,
3. L'accueil et la préparation,
4. La Réalisation de la consultation.

- **Activité 1.** La prise de rendez-vous : Cette première activité consiste à planifier la consultation avec le médecin. Cela peut être fait par téléphone, en ligne ou en personne à la réception de l'hôpital.
- **Activité 2.** L'admission ambulatoire : Une fois le rendez-vous fixé, le patient doit se présenter à l'hôpital pour l'admission ambulatoire. Un administrateur ou une

réceptionniste confirme le rendez-vous, enregistre les informations du patient et procède à l'encaissement du montant de la prestation si nécessaire.

- **Activité 3.** L'accueil et la préparation du patient : Cette étape consiste à accueillir le patient à l'hôpital, à vérifier ses informations et à le préparer pour la consultation. Le personnel de santé peut prendre la tension artérielle, le poids et la taille du patient, ainsi que lui poser des questions sur son état de santé actuel.
- **Activité 4.** La réalisation de la consultation : Cette activité est la principale étape du parcours de soins pour cette consultation médicale. Le médecin examine le patient, pose des questions sur ses symptômes et son état de santé général, et peut prescrire des examens complémentaires ou des traitements.

Etape 3. Identification des ressources mobilisées par les activités

Identifier les ressources (spécifiques, générales, logistiques, etc.) mobilisées par chaque activité : Nous pouvons exposer les ressources par activité comme suit :

Ressources spécifiques

Ressources des Activité 1 et Activité 2 :

- Personnel de la cellule prise des rendez-vous ;
- Matériel (mobilier de bureau, matériel informatique, installation technique, solution informatique de gestion des rendez-vous) ;
- Consommables bureautiques ;
- Eau et électricité ;
- Consommation téléphonique ;
- Moyens de nettoyage & sécurité.

Ressources de l'Activité 3 :

- Personnel de la cellule prise des rendez-vous ;
- Matériel (mobilier de bureau, matériel informatique, installation technique, solution informatique de gestion des rendez-vous) ;
- Consommables bureautiques ;
- Eau et électricité ;
- Produits pharmacie ;
- Consommation téléphonique ;
- Moyens de nettoyage & sécurité.

Ressources de l'Activité 4 :

- Médecin ;
- Matériel (meublier de bureau, matériel informatique, installation technique, solution informatique de gestion des rendez-vous) ;
- Consommables bureautiques ;
- Eau et électricité ;
- Produits pharmacie ;
- Moyens de nettoyage & sécurité.

Ressources générales

- Maintenance,
- Constructions,
- Terrain,
- Structure.

Ressources Logistique

- Matériel de brancardage,
- Brancardiers,
- Salle d'attente,
- Hôtesse d'accueil,
- Matériel d'accueil et attente.

Etape 4. Récupération des données, définition des clés de répartition et détermination des coûts

Récupération des données, définition des clés de répartition et détermination des coûts : les données financières, comptables et d'exploitation ont été collectées. Les données récupérées concernent l'exercice 2019 et ont été extraites des divers systèmes d'information de l'hôpital (table 15, 16).

Table 15 : Coûts directs (en millions de Dirhams marocains)

Rubriques Coûts directes	RDV	Facturation /Caisse	Accueil et Préparation	Consultation
Masse Salariale				
Nombre de Salarié	4	5	4	-
Salaire Mensuel moyen Brut	4 500	4 500	4 500	-
Salaire Annuel Brut	216 000	270 000	216 000	-
Honoraire Medecin par Consultation	-	-	-	150
Amortissement Matériel				
Mobilier de Bureau	14 000	8 000	-	-
Equipement Médical	-	10 000	-	325 850
Mobilier Médical	-	-	14 400	4 000
Solution Informatique	20 000	-	-	-
Matériel informatique	7 200	-	3 000	1 600
Charge d'Exploitation				
Eau et Electricité (relevé du compteur)	9 600	4 800	4 200	12 000
Consommation Téléphonie	348 000	-	-	-
Facilité management (Nettoyage & Sécurité)	48 000	48 000	54 000	54 000
Consommable Bureauatique et Informatique	53 540	75 540	27 470	6 217
Consommation Interne Produit Pharmacie	-	-	57 531	1 000

Table 16 : Coûts indirects (en millions de Dirhams marocains)

Rubriques	Montant Global	%	% Hospitalisation	Ambulatoire
Chiffre d'affaires			184 069 807	141 343 299
Chiffre d'affaires global	325 413 106	100%		
Chiffre d'affaires hospitalisation	184 069 807	57%		
Chiffre d'affaires ambulatoire	141 343 299	43%		
Construction			4 701 222	6 298 778
Coût total des Constructions	110 000 000,00			
Durée d'amortissement	20 ans			
Maintenance			808 899	1 083 777
Contrat de Maintenance des équipements Médicaux par ans	1 892 676			
Terrain			3 205 379	4 294 621
Valeur nominale du terrain	750 000 000			
Prix au Mètre carré	30 000			
Superficie	25 000			
Charge de structure *			7 615 436	10 203 291
*Salaire Administratif Support				
*Salaire Des Directeurs				
*Maintenance des Installations techniques				
*Autres Charge Communes				

Définition des unités d'œuvre : les unités d'œuvre ambulatoires ont été extraites du système d'information exposant le nombre des dossiers de consultation total ou par spécialité ou bien le nombre de dossier ambulatoire.

Détermination des clés de répartition pour les ressources partagées entre activités ou parcours : les clés de répartition ont été calculé sur la base des rubriques exposé au niveau du tableau ci-après, le coût de structure regroupe les salaires transversaux (salaire du directeurs,

salaires des directions support, coût de maintenance des installations techniques, et autre consommable commun tel que les prestations de service commun), le coefficient de ventilation ici est illustré au niveau de la table 17.

Table 17 : Coefficient de ventilation

Rubrique	Clés de Répartition pour la ventilation des coûts indirectes
Coût de Structure **	% Charge par rapport au chiffre d'affaires global ambulatoire / Nombre de Consultation
Coût de la maintenance	% Charge par rapport au chiffre d'affaires global ambulatoire / Nombre de Consultation
Coût de Construction	% Charge par rapport au chiffre d'affaires global ambulatoire / Nombre de Consultation
Coût du Terrain	% Charge par rapport au chiffre d'affaires global ambulatoire / Nombre de Consultation

Calculs des coûts : après avoir identifié et regroupé tous les éléments précédemment cités il a été procédé à la détermination du coût de la consultation d'ophtalmologie de la façon suivante.

Activité 1. Prise du rendez-vous

- C.RS₁ : Salaire du personnel de la cellule prise des rendez-vous / Nombre de consultations total = 216 000 / 64 527 = 3,34 Dhs
- C.RS₂ : Amortissement de matériel (mobilier de bureau, matériel informatique, installation technique, Solution Informatique, gestion rdv) = 41 200 / 64 527 = 0,63 Dhs
- C.RS₃ : Consommable bureautique = 53 200 / 64 527 = 0,82
- C.RS₄ : Eau et électricité relevé du compteur = 9 600 / 64 527 = 0,14
- C.RS₅ : Consommation téléphonie = 348 000 / 64 527 = 5,39
- C.RS₆ : Nettoyage & Sécurité = 48 000 / 64 527 = 0,74
- U.R_{i,n} : Usage de la ressource i par l'activité : 64 527

$$\Rightarrow (216\ 000+41\ 200+53\ 200+9\ 600+348\ 000+48\ 000) / 64\ 527 = 11,06$$

Activité 2. Confirmation du rendez-vous et paiement de la prestation

- C.RS₁ : Salaire du personnel de la cellule prise des rendez-vous / Nombre de consultations total = 270 000 / 64 527 = 4,18 Dhs
- C.RS₂ : Amortissement de matériel (mobilier de bureau, matériel informatique, installation technique, solution informatique, gestion rdv) = 18 00 / 64 527 = 0,27 Dhs
- C.RS₃ : Consommable bureautique = 75 540 / 64 527 = 1,17 Dhs
- C.RS₄ : Eau et électricité - relevé du compteur = 4 800 / 64 527 = 0,74 Dhs
- C.RS₆ : Nettoyage & Sécurité = 48 400 / 64 527 = 0,75 Dhs
- U.R_{i,n} : Usage de la ressource i par l'activité : 12 433 (nombre de patients consultés en ophtalmologie)

$$\Rightarrow (270\ 000+18\ 000+75\ 540+4\ 800+48\ 000) / 64\ 527 = 7,11\ Dhs$$

Activité 3. Accueil et installation du patient avec les préparatifs préalables à la consultation

- C.RS₁ : Salaire du personnel de la cellule prise des rendez-vous / Nombre de consultations total = 216 000 / 12 433 = 17,37 Dhs

- C.RS₂ : Amortissement de matériel (mobilier de bureau, matériel Informatique, installation technique, solution Informatique, gestion rdv) = 17 400/12 433 = 1,39 Dhs
- C.RS₃ : Consommable bureautique = 27 470 / 12 433 = 2,2 Dhs
- C.RS₄ : Eau et électricité - relevé du compteur = 4 200 / 12 433 = 0,33 Dhs
- C.RS₆ : Nettoyage & Sécurité = 54 000 / 12 433 = 4,34 Dhs
- C.RS₇ : Consommation interne produit pharmacie = 57 530/ 12 433 = 4,62 Dhs
- U.R_{i,n} : Usage de la ressource i par l'activité : 12 433 (nombre de patients consultés en ophtalmologie)

$$\Rightarrow (270\ 000+18\ 000+75\ 540+4\ 800+48\ 000) / 12\ 433 = 30,25$$

Activité 4. Réalisation de la consultation

- C.RS₁ : Honoraire médecin = 1 864 950 / 12 433 = 150 Dhs
- C.RS₂ : Amortissement de matériel (mobilier de bureau, matériel informatique, installation technique, solution informatique, gestion rdv) = 331 450 / 12 433 = 26,6 Dhs
- C.RS₃ : Consommable bureautique = 6 216 / 12 433 = 0,49 Dhs
- C.RS₄ : Eau et électricité - relevé du compteur = 12 000 / 12 433 = 0,96 Dhs
- C.RS₆ : Nettoyage & Sécurité = 54 000 / 12 433 = 4,34 Dhs
- C.RS₇ : Consommation interne produit pharmacie = 8 000/ 12 433 = 0,64 Dhs
- U.R_{i,n} : Usage de la ressource i par l'activité : 12 433 (nombre de patients consultés en ophtalmologie)

$$\Rightarrow (1\ 864\ 950+331\ 450+6216+12\ 000+54\ 000+ 8\ 000) / 12\ 433 = 183,03\ Dhs$$

Ressources générales

- C.RG₁ : Coût de Structure = coût total * % CA ambulatoire/ nombre total de dossiers ambulatoire = 10 203 291 / 118 458 = 86 Dhs
- C.RG₂ : Coût de la maintenance = coût total * % CA ambulatoire/ nombre total de dossiers ambulatoire = 1 083 777 / 118 458 = 9 Dhs
- C.RG₃ : Coût de Construction = (Coût total/ nombre d'années d'amortissement) * % CA ambulatoire/ nombre total de dossiers ambulatoire = 6 298 778 / 118 458 = 53 Dhs
- C.RG₄ : Coût du Terrain = (coût total / nombre d'années d'amortissement) * % CA ambulatoire/ nombre total de dossier ambulatoire = 4 294 621 / 118 458 = 36 Dhs

$$\Rightarrow (10\ 203\ 291 +1\ 083\ 777 +6\ 298\ 778 +4\ 294\ 621) / 118\ 458 = 184\ Dhs$$

Ressources logistiques interactivité

- C.LIA₁ : Accueil principal = (108 000'Masse Salariale'+4 000 'Amortissement mobilier de bureau'+3 600'consommation Electricité' +2000'amortissement équipement')/64 527 = 1,82 Dhs
- C.LIA₂ :Salle d'attente admission ambulatoire = (108 000Masse Salariale+20 000 amortissement mobilier de bureau)/64 527 = 1,98 Dhs
- C.LIA₃ : Brancardiers = 108 000amortissement mobilier de bureau/ 64 527 = 1,67 Dhs

- C.LIA₄: Brancard = 15 000 EqM/ 64 527 = 0,23 Dhs

$$\Rightarrow (1,82 + 1,98 + 1,67 + 0,23 = 5,7 \text{ Dhs})$$

Coût du parcours :

$$CP_k = \sum C.ACT_n + \sum C.LIA_{n,m} + \sum C.RG_j * C.R_{j,k}$$

$$= 231,45 + 5,70 + 184 = 421,15 \text{ Dhs}$$

5.2.3.2. Parcours de la chirurgie de la cataracte

Etape 1. Définition du parcours à évaluer

Identifier le parcours patient par pathologie que l'on veut évaluer : Parcours de la chirurgie de la cataracte.

Etape 2. Modélisation du parcours

Décrire les différentes étapes et activités et leur ordre d'exécution : Le parcours de la chirurgie de la cataracte est constitué de 7 étapes :

1. L'admission administrative du patient,
 2. La réception et l'hébergement au niveau service d'hospitalisation,
 3. Le passage au bloc opératoire,
 4. L'intervention chirurgicale,
 5. Le réveil du malade,
 6. La préparation de la salle pour une nouvelle intervention,
 7. La stérilisation du matériel.
- **Activité 1.** L'admission administrative du patient : Cette activité implique la collecte des informations administratives et médicales du patient ainsi que la planification de son intervention chirurgicale.
 - **Activité 2.** La réception du patient au niveau de service d'hospitalisation : Cette activité consiste à accueillir le patient à l'hôpital, à l'orienter vers sa chambre et à lui fournir les informations nécessaires sur son séjour.
 - **Activité 3.** Le passage au bloc opératoire : Cette activité implique le transfert du patient au bloc opératoire où il est préparé pour l'intervention chirurgicale et anesthésié.
 - **Activité 4.** L'intervention chirurgicale : Cette activité consiste en l'opération chirurgicale pour enlever la cataracte.

- **Activité 5.** Le réveil du malade : Cette activité implique la surveillance du patient dans la salle de réveil jusqu'à ce qu'il soit réveillé de l'anesthésie et qu'il soit stable pour retourner dans sa chambre.
- **Activité 6.** La préparation de la salle pour une nouvelle intervention : Cette activité consiste à nettoyer et à préparer la salle d'opération pour la prochaine intervention.
- **Activité 7.** La stérilisation du matériel : Cette activité implique la stérilisation de tout le matériel utilisé pendant l'intervention chirurgicale pour assurer la sécurité des patients lors des interventions futures.

Etape 3. Identification des ressources mobilisées par les activités

Identifier les ressources (spécifiques, générales, logistiques, etc.) mobilisées par chaque activité : Les ressources utilisées sont les suivantes :

Ressources générales

Ressources de l'Activité 1 :

- Agents d'admission et agent de facturation ;
- Equipements informatique et bureautique (ordinateurs, imprimantes serveur, bureaux, chaise, armoires et autres) ;
- Eau & électricité, gardiennage, nettoyage.

Ressources de l'Activité 2 :

- Infirmiers, brancardiers et des aides-soignantes ;
- Mobilier de chambre d'hospitalisation et des équipements de service ;
- Equipements informatique et bureautique (ordinateurs, imprimantes serveur, bureaux, chaise, armoires et autres) ;
- Eau & électricité, gardiennage, nettoyage.

Ressource de l'Activité 3 :

- Anesthésiste ;
- Infirmier anesthésiste ;
- Produits Pharmaceutiques et anesthésiant.

Ressources de l'Activité 4 :

- Chirurgien ;
- Infirmier, instrumentiste et aide-soignant ;

- Equipements médicaux (microscope, appareil de phacoémulsification) ;
- Fluides, eau & électricité ;
- Produit pharmaceutique médicament et dispositifs médicaux.

Ressources de l'Activité 5 :

- Infirmier anesthésiste et aide-soignant ;
- Equipements médicaux ;
- Eau, électricité et autres consommables ;
- Produit pharmaceutique médicament et dispositif médicaux.

Ressources de l'Activité 6 :

- Prestation de nettoyage, eau et électricité ;
- Produits d'entretien et de nettoyage.

Ressources de l'Activité 7 :

- Instrumentiste et aide-soignant ;
- Equipements médicaux (autoclave, ...) ;
- Produits de stérilisation.

Etape 4. Récupération des données, définition des clés de répartition et détermination des coûts

Récupération des données, définition des clés de répartition et détermination des coûts : Les données ont été récupérées de la même manière que pour le parcours de consultation ophtalmologique.

Table 17 : Coûts directs (en millions de Dirhams marocains)

Rubriques Coûts directes	Admission	Hospitalisation	Anesthésie du Malade	Pratique de l'intervention	Réveil du Patient	Préparation de la salle pour une nouvelle intervention	Stérilisation le matériel
Masse Salariale							
Nombre de Salarié	5	5	1	6	4	-	8
Salaire Mensuel moyen Brut	4 500	4 000	5 000	4 166	4 500	-	4 000
Salaire Annuel Brut	270 000	234 000	60 000	300 000	216 000	-	384 000
Honoraire Anesthésiste par acte	-	-	650	-	-	-	-
Honoraire Chirurgien par acte	-	-	-	1 950	-	-	-
Amortissement Matériel							
Mobilier de Bureau	8 000	16 000	-	2 143	-	-	-
Equipement Médical	-	20 000	-	271 429	-	-	412 500
Mobilier Médical	-	-	-	-	190 000	-	-
Solution Informatique	-	-	-	-	-	-	-
Matériel informatique	10 000	4 000	-	-	-	-	-
Charge d'Exploitation							
Eau et Electricité (relevé du compteur)	12 000	30 000	-	12 000	8 000	-	18 000
Consommation Téléphonie	-	-	-	-	-	-	-
Facilité management (Nettoyage & Sécurité)	144 000	108 000	-	-	-	108 000	-
Consommable Bureau et Informatique	60 902	-	-	-	-	-	-
Consommation Interne Produit Pharmacie	-	12 243	10 340	760 212	12 600	-	-
Restauration	-	775 000	-	-	-	-	-
Produit d'entretien	-	-	-	-	-	26 460	23 000

Définition des unités d'œuvre : Les unités d'œuvre ont été extraites du système d'information (table 19) exposant le nombre de patients hospitalisés par spécialité et par pathologie. La même chose a été faite pour le nombre global d'intervention.

Table 19 : Unités d'œuvre

unités d'œuvre Identifié pour le parcours de la cataracte	Nombre
Nombre de patient hospitalisé	9 800
Nombre d'intervention	6 600
Nombre de patient opéré en ophtalmologie	620
Nombre de patient opéré pour la cataracte	360

Détermination des clés de répartition (table 20) pour les ressources partagées entre activités ou parcours : La démarche suivie est la même que pour le parcours de consultation ophtalmologique, le coefficient de ventilation ici est illustré au niveau de la colonne deux du tableau suivant.

Table 20 : Clés de répartition

Rubrique	Clés de Répartition pour la ventilation des coûts indirectes
Coût de Structure **	% Charge par rapport au chiffre d'affaires global des Hospitalisation / Nombre des Amissions
Coût de la maintenance	% Charge par rapport au chiffre d'affaires global des Hospitalisation / Nombre des Amissions
Coût de Construction	% Charge par rapport au chiffre d'affaires global des Hospitalisation / Nombre des Amissions
Coût du Terrain	% Charge par rapport au chiffre d'affaires global des Hospitalisation / Nombre des Amissions

Calculs des coûts : les coûts du parcours ont été définis de la façon suivante :

Activité 1. Admission administrative du patient

- C.RS₁ : Salaire du personnel de la cellule d'admission / nombre des hospitalisations total = $270\ 000 / 9\ 800 = 27,55$ Dhs
- C.RS₂ : Amortissement de Matériel (mobilier de bureau, matériel Informatique, installation technique) = $18\ 000 / 9\ 800 = 1,83$ Dhs
- C.RS₃ : Consommable bureautique = $60\ 903 / 9\ 800 = 6,21$ Dhs
- C.RS₄ : Eau et Electricité - relevé du compteur = $12\ 000 / 9\ 800 = 1,22$ Dhs
- C.RS₅ : Nettoyage et sécurité = $144\ 000 / 9\ 800 = 14,69$ Dhs
- U.R_{i,n} : Usage de la ressource i par l'activité : 9 800 (nombre de patients hospitalisés)

$$\Rightarrow (270\ 000 + 18\ 000 + 60\ 903 + 12\ 000 + 144\ 000) / 9\ 800 = 51,5\ \text{Dhs}$$

Activité 2. Réception et hébergement au niveau service d'hospitalisation

- C.RS₁ : Salaire du personnel service hospitalisation / nombre des hospitalisations total en ophtalmologie = $234\ 000 / 620 = 377$ Dhs
- C.RS₂ : Amortissement de matériel (mobilier médical, équipement médical, installation technique) = $40\ 000 / 620 = 64,5$ Dhs
- C.RS₃ : Eau et électricité - relevé du compteur = $30\ 000 / 620 = 48,38$ Dhs
- C.RS₄ : Nettoyage et sécurité = $108\ 000 / 620 = 174,2$ Dhs
- C.RS₅ : Consommation interne produit pharmacie = $12\ 243 / 620 = 19,74$ Dhs
- C.RS₆ : Coût de la Restauration = $775\ 000 / 620 = 125$ Dhs
- U.R_{i,n} : Usage de la ressource i par l'activité : 620 (nombre de patients hospitalisés en ophtalmologie)

$$\Rightarrow (234\ 000 + 40\ 000 + 30\ 000 + 108\ 000 + 12\ 243 + 775\ 000) / 620 = 808,82\ \text{Dhs}$$

Activité 3. Passage au bloc opératoire

- C.RS₁ : Honoraire anesthésiste par malade / nombre total d'hospitalisations = $234\ 000 / 360 = 650$ Dhs
- C.RS₂ : Salaire du personnel paramédical / nombre de patients opérés en ophtalmologie = $120\ 000 / 620 = 193,33$ Dhs
- C.RS₃ : Consommation Produit Pharmacie = $10\ 340 / 360 = 28,72$ Dhs
- U.R_{i,n} : Usage de la ressource i par l'activité : 360 (nombre de patients opérés pour la cataracte)

$$\Rightarrow (234\ 000 + (120\ 000 * 58\%) + 10\ 340) / 360 = 732,05\ \text{Dhs}$$

Activité 4. Intervention chirurgicale

- C.RS₁ : Honoraire médecin = $702\ 000 / 360 = 1\ 950$ Dhs
- C.RS₂ : Salaire du personnel de la salle d'opération / nombre de patients opérés en ophtalmologie = $300\ 000 / 620 = 483,87$ Dhs
- C.RS₃ : Amortissement du matériel (salle ophtalmologie) = $(27\ 3571,42 * 58,06\%) / 620 = 440,75$ Dhs
- C.RS₄ : Eau et électricité - relevé du compteur = $(12\ 000 * 58\%) / 620 = 19,33$ Dhs
- C.RS₅ : Consommation produit pharmacie = $760\ 212 / 360 = 2\ 111,7$ Dhs

- U.R_{i,n} : Usage de la ressource i par l'activité : 360 (nombre de patients opérés pour la cataracte), 620 Nombre de patient opéré en ophtalmologie
- ⇒ **702 000 + (300 000 * 16%) + (239 375 * 58,06%) + (12 000 * 58%) + 760 212 / 360 = 4 655,11 Dhs**

Activité 5. Réveil du malade

- C.RS₁ : Salaire du personnel de la salle de réveil / nombre total de patients opérés = 216 000 / 6 600 = 32,70 Dhs
 - C.RS₂ : Amortissement du matériel (salle de réveil) = 190 000 / 6 600 = 28,70 Dhs
 - C.RS₃ : Eau et électricité - relevé du compteur = 8 000 / 6 600 = 1,2 Dhs
 - C.RS₄ : Consommation interne produit pharmacie = 12 600 / 6 600 = 1,9 Dhs
 - U.R_{i,n} : Usage de la ressource i par l'activité : 6 600 (nombre total de patients opérés)
- ⇒ **(216 000 + 190 000 + 8 000 + 12 600) / 6 600 = 64,5 Dhs**

Activité 6. Préparation de la salle pour une nouvelle intervention

- C.RS₁ : Nettoyage et sécurité = 108 000 / 6 600 = 16,34 Dhs
 - C.RS₂ : Produits d'entretien = 26 460 / 6 600 = 4,34 Dhs
- ⇒ **(108 000 + 26 460) / 6 600 = 20,68 Dhs**

Activité 7. Stérilisation du matériel

- C.RS₁ : Salaire du personnel de la salle de stérilisation / nombre total des patients opérés = 384 000 / 6 600 = 59,00 Dhs
 - C.RS₂ : Amortissement du matériel stérilisation = 412 500 / 6 600 = 62,5 Dhs
 - C.RS₃ : Eau et électricité - relevé du compteur = 18 000 / 6 600 = 2,72 Dhs
 - C.RS₄ : Produits d'entretien 23 000 / 6 600 = 3,49 Dhs
- ⇒ **(384 000 + 412 000 + 18 000 + 23 000) / 6 600 = 100,19 Dhs**

Ressources générales

- C.RG₁ : Coût de structure = coût total * % CA hospitalisation / nombre d'admissions = 7 615 436 / 9 800 = 777,09 Dhs
 - C.RG₂ : Coût de la maintenance = coût total * % CA hospitalisation / nombre des admissions = 808 899 / 9 800 = 82,54 Dhs
 - C.RG₃ : Coût de construction = (coût total / nombre d'année d'amortissement) * % CA hospitalisation / nombre d'admissions = 4 701 222 / 9 800 = 479,72 Dhs
 - C.RG₄ : Coût du terrain = (coût total / nombre d'année d'amortissement) * % CA hospitalisation / nombre des admissions = 3 205 379 / 9 800 = 327 Dhs
- ⇒ **(7 615 436 + 808 899 + 4 701 222 + 3 205 379) / 9 800 = 1 666,35 Dhs**

Ressources logistiques inter-activités

- C.LIA₂ : Salle d'attente admission hospitalisation = 20 000 banquettes / 9 800 = 2,04 Dhs
- C.LIA₃ : Brancardiers = 168 000 (48 * 3500) / 9 800 = 17,14 Dhs
- C.LIA₄ : Brancards = 30 000 EqM / 9 800 = 3,06 Dhs

$$\Rightarrow (20\ 000 + 168\ 000 + 30\ 000) / 9\ 800 = 22,24 \text{ Dhs}$$

Coût du parcours

$$\begin{aligned} CP_k &= \sum C.ACT_n + \sum C.LIA_{n,m} + \sum C.OPT.ACT_p + \sum C.RG_j * C.R_{j,k} \\ &= 51,5 + 808,82 + 732,05 + 4\ 655,11 + 64,5 + 20,68 + 100,19 + 1\ 666,35 + 22,24 = \mathbf{8\ 121,44 \text{ Dhs}} \end{aligned}$$

5.3. Approche et guide méthodologique pour l'évaluation de la dimension prise en charge

Pour rappel, au niveau du chapitre 4, notre capacité de mener une enquête permettant de recueillir les divers avis et ressentis de la patientèle en termes de qualité des soins et de satisfaction a été démontrée. Dans la même lignée, le degré de fidélité a pu être établi à travers l'approche instaurée en chapitre 4.

5.3.1. Approche méthodologique de l'évaluation

La démarche comporte les étapes ci-après.

Etape 1. Définition du parcours à évaluer

Identifier le parcours patient par pathologie ou par spécialité que l'on veut évaluer.

Etape 2. Définition des aspects et items qualitatifs

Déterminer les aspects de la prise en charge que l'on veut évaluer parmi la qualité de service, la satisfaction et la fidélité des patients. Identifier les items spécifiques liés à ces aspects.

Etape 3. Sélection de l'échantillon des patients

Définir la taille de l'échantillon et les critères de sélection des patients à inclure dans l'évaluation, en s'assurant que l'échantillon est représentatif.

Etape 4. Conception du questionnaire et adoption d'une échelle de mesure

Concevoir le questionnaire. Dans notre cas, le questionnaire est inspiré du modèle SERVQUAL adapté au secteur de la santé. Ce modèle évalue la qualité des soins selon les dimensions tangibilité, fiabilité, réactivité, assurance et empathie table 7. L'échelle de mesure est de type

Likert de 1 à 5. La satisfaction a été mesurée à travers cinq items présentés par la table 13 (Ware Jr *et al.*, 1983) sur la même échelle de Likert. La fidélité a également été mesurée à l'aide de trois items présentés par la table 14 (Astuti et Nagase, 2014), sur la même échelle de Likert.

Etape 5. Constitution de l'équipe d'enquêteurs

Sélectionner et former l'équipe d'enquêteurs qui seront responsables de l'administration du questionnaire proposé aux patients.

Etape 6. Mise en place des outils de collecte d'information

Préparer les outils de collecte d'informations tels que les questionnaires imprimés, les tablettes ou les formulaires numériques (choisir la forme la plus adaptée).

Etape 7. Définition de la période de l'enquête

Déterminer la période pendant laquelle l'enquête sera menée. Cela peut être une période spécifique, comme une semaine ou un mois, pour obtenir un échantillon représentatif des patients.

Etape 8. Collecte des informations

Administrer le questionnaire auprès des patients sélectionnés pendant la période définie, en assurant le respect de la confidentialité et le consentement des patients lors de la collecte des informations.

Etape 9. Traitement des données recueillies

Analyser les données recueillies à partir des questionnaires en utilisant. Calculer les scores de satisfaction, de fidélité et de qualité de service pour chaque dimension évaluée. Renforcer la pertinence des données par l'utilisation de la méthode PLS-SEM (voir plus loin).

Etape 10. Présentation des résultats

Présenter les résultats de l'évaluation en utilisant des graphiques, des tableaux ou d'autres moyens visuels, tout en mettant en évidence les points forts et les points faibles identifiés.

5.3.2. Renforcement de la pertinence de la démarche d'évaluation

En termes d'application de l'approche proposée, nous n'allons suivre la même voie que celle suivie pour la dimension économique et budgétaire, à savoir le déroulement complet des étapes proposées. La raison est simple : nous n'avons pas les moyens de lancer de nouveau une enquête qui, de toute manière, serait très proche de celle déjà déroulée et présentée dans le chapitre 4.

En revanche, il nous semble nécessaire de renforcer la pertinence de la démarche. En effet, la duplication de l'approche à un autre environnement hospitalier doit prendre en considération les spécificités et la particularité de la population afin de recueillir des données reflétant le ressenti des patients. Aussi, afin de maximiser la pertinence de l'approche et en particulier des critères précédemment déterminés sur un large spectre d'usage, il est proposé de mettre en œuvre plusieurs outils permettant de renforcer la pertinence de la démarche d'évaluation.

Nous estimons que la méthode PLS-SEM est adaptée au contexte étudié. Aussi, l'application de celle-ci est intégrée dans la démarche proposée (étape 9, voir plus haut). Une application à l'estimation d'un modèle structurel sera illustrée dans ce qui suit.

5.3.2.1. Présentation du modèle structurel et de l'approche PLS-SEM

Le modèle structurel peut englober la conception de la recherche, les hypothèses, les méthodes de détermination de la taille de l'échantillon, les instruments de recherche ainsi que la fiabilité et la validité des échelles utilisées afin de mesurer l'impact de la qualité du service sur la satisfaction ainsi que leur impact sur la fidélité.

Dans ce sens, l'approche PLS-SEM estime les relations causales entre tous les construits latents simultanément tout en tenant compte des erreurs de mesure dans le modèle structurel (Hair *et al.*, 2017). En outre, notre étude étant de nature explicative, PLS-SEM apparaît comme la meilleure option pour ce type d'étude. En suivant les directives proposées par Hair *et al.* (2017), les modèles de mesure doivent être évalués séparément avant que le modèle structurel ne soit lui-même évalué. En outre, pour vérifier la qualité des données et la cohérence du modèle structurel et tout particulièrement de l'évaluation de la qualité des soins, des contrôles de validité et de fiabilité se doivent d'être effectués avant l'analyse PLS-SEM.

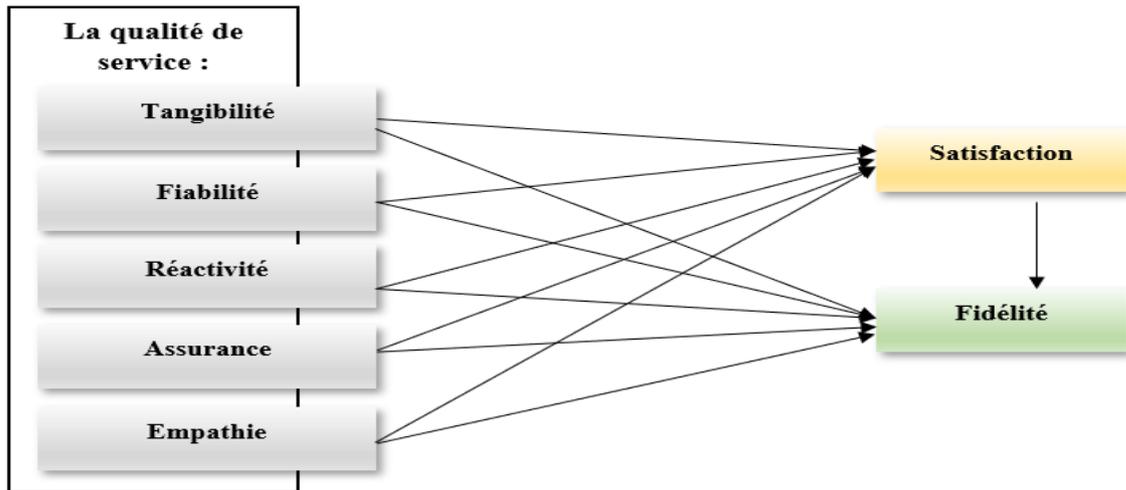


Figure 30 : Présentation du modèle structurel appliqué à notre domaine

Critères de qualité

Les tests de pertinence du modèle structurel interne PLS-SEM doivent être réalisés à l'aide du test R-carré (R^2). La valeur R^2 est destinée à mesurer l'effet de la variable latente indépendante sur la variable dépendante. R^2 indique l'adéquation du modèle de régression, c'est-à-dire le pourcentage de la variable dépendante qui est influencé par la variable indépendante (Hair *et al.*, 2017). La valeur de R^2 peut être comprise entre 0 et 1 (table 21).

Table 21 : Qualité de représentation des variables

	R-Deux (R2)
Fidélité	0,375
Satisfaction	0,412

Validité de construit convergente et validité discriminante

Tout d'abord, les construits latents (les variables du modèle) et les éléments de mesure correspondants (les items de chaque variables) sont énumérés dans la Table 22. Les résultats ont montré que l'alpha de cronbach de chaque élément était supérieur à **0,7** et que cette valeur atteignait le niveau acceptable recommandé par les chercheurs (J. C. Nunnally, 1978).

La validité convergente de chaque bloc d'items doit être examinée à l'aide des valeurs AVE, qui doivent être supérieures à **0,5**. La validité discriminante indique dans quelle mesure un construit est différent de tous les autres construits du modèle (Raposo *et al.*, 2009). Elle doit être évaluée en établissant la matrice des charges croisées, qui consiste à vérifier que la charge

de chaque indicateur dans sa variable latente est supérieure à toutes ses charges dans les autres variables latentes du modèle (Hair *et al.*, 2017).

Table 22 : Critères de validité des échelles de mesure

	Cronbach's Alpha	Average Variance Extracted (AVE)
Assurance	0,891	0,754
Empathie	0,866	0,649
Fiabilité	0,863	0,661
Fidélité	0,799	0,528
Réactivité	0,900	0,768
Satisfaction	0,857	0,641
Tangible	0,870	0,720

La validité discriminante doit également être examinée en comparant la racine carrée de l'AVE avec les corrélations entre les construits. L'objectif est de s'assurer que la racine carrée de l'AVE de chaque construit est supérieure à ses corrélations avec les autres construits (Fornell et Larcker, 1981).

A titre d'exemple, les résultats de notre étude sont présentés dans la table 22. Pour toutes les variables latentes, la racine carrée de l'AVE (valeurs diagonales) étaient supérieures aux corrélations avec les autres variables latentes. Par conséquent, le modèle de mesure présente une fiabilité des indicateurs, une cohérence interne, une validité convergente et une validité discriminante adéquates.

Table 23 : Critère de Fornell-Larcker

	Assurance	Empathie	Fiabilité	Fidélité	Réactivité	Satisfaction	Tangible
Assurance	0,868						
Empathie	0,634	0,806					
Fiabilité	0,342	0,423	0,813				
Fidélité	0,352	0,338	0,462	0,726			
Réactivité	0,734	0,640	0,405	0,226	0,876		
Satisfaction	0,349	0,505	0,483	0,513	0,398	0,801	
Tangible	0,268	0,230	0,618	0,385	0,261	0,488	0,849

La table 23 présente le résumé de l'indice de validité discriminante pour un concept latent des variables inclus dans cette étude. Les valeurs diagonales en gras représentent la racine carrée de l'AVE relative à la satisfaction des patients, la qualité du service et la fidélité des patients.

La validité discriminante du concept a été acquise car les valeurs diagonales étaient supérieures aux valeurs de leurs lignes et colonnes respectives.

Après avoir évalué le modèle globalement en utilisant l'indice de R-Carré, nous pouvons maintenant passer directement aux autres tests afin de confirmer complètement l'adéquation du modèle.

5.3.2.2. Fitness du modèle

Afin de tester le modèle dans sa globalité, l'ajustement de ce dernier doit être évalué et ce, à travers trois paramètres d'ajustement :

Standardised root mean square (SRMR)

Le SRMR est défini comme la différence entre la corrélation observée et la matrice de corrélation impliquée par le modèle, les valeurs inférieures à 0,08 (Hu et Bentler, 1998) étant considérées comme un bon ajustement. Henseler *et al.* (2014) ont proposé le SRMR comme une mesure de l'ajustement PLS-SEM qui peut être utilisée pour éviter une mauvaise spécification du modèle.

L'indice d'ajustement canonique (NFI ou Normes Fit Index)

Le NFI est un indice d'ajustement incrémental qui calcule la cardinalité du modèle proposé et le compare à un repère significatif (Bentler & Bonett, 1980). Une valeur NFI supérieure à 0,9 représente généralement un ajustement acceptable. Le NFI a ensuite été défini comme étant égal à 1 moins la valeur du Chi² du modèle proposé divisé par la valeur du Chi² du modèle nul. Ainsi, la valeur du NFI est comprise entre 0 et 1. Plus la valeur du NFI est proche de 1, meilleur est l'ajustement. Une valeur du NFI supérieure à 0,9 implique généralement un ajustement acceptable. Le calcul du NFI pour le modèle de chemin PLS est décrit en détail par Lohmöller (1989).

L'ajustement exact du modèle (basé sur l'inférence statistique bootstrap).

Le bootstrap est une procédure non paramétrique qui permet de tester la signification statistique de divers résultats PLS-SEM tels que les coefficients de chemin, l'alpha de Cronbach et les valeurs R². PLS-SEM ne suppose pas que les données sont normalement distribuées, ce qui implique que les tests de signification paramétriques (par exemple, ceux utilisés dans les analyses de régression) ne peuvent pas être appliqués pour vérifier si les coefficients tels que les poids externes, les charges externes et les coefficients de cheminement sont significatifs.

Au lieu de cela, PLS-SEM s'appuie sur une procédure bootstrap non paramétrique (Efron et Tibshirani, 1986) (Davison et Hinkley, 1997) pour tester la signification des coefficients de chemin estimés dans PLS-SEM.

A titre d'exemple, les valeurs établies dans le cadre de notre étude sont les suivantes (table 24) :

- Le SRMR est de 0,075. Il est légèrement en-dessous de la limite de 0,08 qui est considéré comme bonne adéquation,
- Le NFI est de 0,744.

Ces éléments permettent de conclure à une adéquation acceptable de notre étude.

Table 24 : Critères de fitness du modèle

	Saturated Model	Estimated Model
SRMR	0,075	0,075
NFI	0,744	0,744

5.4. Conclusion

L'objectif de cette étude était de proposer un cadre intégré d'évaluation de la satisfaction et de la fidélité des patients. En utilisant l'approche PLS-SEM, cette étude a confirmé non seulement la validité discriminante du modèle de mesure complet, mais aussi la validité de construit et la validité convergente de chaque construit latent. Sur cette base, notre recherche a intégré la mesure et le modèle structurel pour examiner la fiabilité des données recueillies et les résultats obtenus.

Conclusions, limites et perspectives

En conclusion de cette thèse, l'exploration approfondie des différents chapitres a permis d'éclairer de manière significative la notion de performance au sein du système de santé et plus spécifiquement au sein des établissements hospitaliers. Les éléments clés et les enseignements tirés de chaque chapitre convergent vers une compréhension plus nuancée et une approche méthodologique plus solide pour évaluer et améliorer la performance hospitalière.

Au sein du premier chapitre, nous avons sondé les fondements du système de santé, mettant en évidence la complexité de son environnement et le rôle crucial de l'hôpital. Les réformes du système de santé ont été examinées, soulignant le besoin croissant d'une évaluation et d'une gestion efficiente des performances. L'émergence de la notion de performance en milieu hospitalier a été identifiée comme un défi majeur, motivant ainsi la problématique centrale de cette thèse.

Le deuxième chapitre a contribué à établir un socle conceptuel solide en explorant diverses perspectives du concept de performance. En tant que pont entre les sciences de gestion et le génie industriel, ce chapitre a mis en évidence l'importance du contrôle de gestion dans la mesure et l'évaluation de la performance, soulignant son rôle essentiel dans l'optimisation des processus.

Le troisième chapitre a élargi notre compréhension en introduisant une approche novatrice basée sur les parcours de soins. Cette approche holistique a démontré comment l'évaluation de la performance hospitalière peut être remodelée pour mieux refléter les interactions et les flux de soins des patients. La modélisation des parcours de soins s'est avérée être un outil puissant pour une planification et une coordination plus efficace, tout en garantissant une prise en charge centrée sur le patient.

Le quatrième chapitre a mis en lumière le cadre méthodologique adopté pour cette recherche, en utilisant le modèle de Buttart et Marmorat. À travers l'étude de cas de l'hôpital Cheikh Zaïd, nous avons analysé en détail les spécificités d'un hôpital, examinant ses missions, son mode de gouvernance et son organisation. La méthode de recherche appliquée a permis une modélisation approfondie des parcours patient ainsi qu'une évaluation économique et budgétaire rigoureuse.

Le cinquième chapitre a consolidé les enseignements tirés de la démarche expérimentale, mettant en avant des approches méthodologiques pour l'évaluation de la dimension économique, budgétaire et de la prise en charge. Les éléments nécessaires à la mise en place de ces approches ont été détaillés, offrant un guide pratique pour une évaluation globale de la performance hospitalière.

Cette thèse a mis en évidence l'importance cruciale de repenser la notion de performance dans le contexte hospitalier en intégrant des approches novatrices et méthodologiques. Les découvertes présentées dans chaque chapitre ont jeté les bases d'une gestion plus efficace et d'une amélioration continue de la qualité des soins. À mesure que les systèmes de santé continuent d'évoluer, l'application judicieuse des méthodes et des concepts explorés ici pourra guider les praticiens et les décideurs vers des décisions éclairées et des améliorations tangibles dans la performance hospitalière et, en fin de compte, dans la prestation des soins de santé.

Toutefois, les conclusions émanant de ce travail présentent un certain nombre de limites qui méritent d'être soulignées.

Étant donné que notre approche se concentre sur les parcours, les dimensions territoriale et organisationnelle ont été exclues. Elles ne sont pas directement liées à notre objectif de recherche, car elles concernent l'hôpital de manière transversale. Par conséquent, nous les avons volontairement écartées de notre analyse. Cet état de fait constitue une première limite car il réduit notre capacité à évaluer de manière globale la performance hospitalière à travers les quatre dimensions du modèle proposé.

Par ailleurs, et comme précédemment évoqué, l'approche adoptée pour la dimension économique et budgétaire présente une insuffisance en termes d'intégration du temps, notamment le délai d'exécution, au sein de la composante des coûts. Ceci constitue la deuxième limite de notre travail. La variable temporelle, qui aurait dû être prise en compte à chaque étape de l'exécution, est considérée comme un coût caché et non apparent. Cela n'a pas été pris en compte du fait que l'hôpital n'a pas encore atteint le niveau de maturité de production requis, ce qui entrave notre capacité à obtenir un coût parfait des parcours étudiés.

Une troisième limite concerne l'enquête menée qui s'est limitée à la population ayant fréquenté l'hôpital Cheikh Zaïd, une structure privée à but non lucratif. Pour obtenir une variété de réponses plus représentative, l'enquête aurait dû être étendue à d'autres types de structures, notamment les structures privées à but lucratif et les établissements publics.

Pour surmonter ces limites, de nouvelles perspectives de recherche pourront être explorées. Nous avons traité les coûts de deux parcours type : le parcours de la consultation ophtalmologique et le parcours de chirurgie de la cataracte. Étendre l'étude à l'ensemble des parcours existant à l'hôpital permettrait d'une part de mieux connaître le coût global subi par l'hôpital et, d'autre part, de mettre en place une politique d'optimisation et de maîtrise de tout type de déperdition et dysfonctionnement constatés.

Une seconde perspective, axée sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge, mérite d'être explorée dans les enquêtes menées sur le terrain. Elle concerne principalement l'amélioration des outils et des méthodes employés afin d'accroître la pertinence scientifique des données collectées et des résultats obtenus. Il est essentiel d'accentuer la clarté et la transparence de ces éléments pour faciliter la compréhension des relations entre les différentes variables étudiées. L'intégration d'hypothèses et de suggestions d'amélioration, basées sur les réponses des interviewés, s'avère nécessaire. Par ailleurs, il serait envisageable d'introduire un benchmark en comparant les méthodes les plus répandues, afin d'évaluer leurs points forts et faibles. Cette évaluation permettrait ultimement de choisir la méthode la plus adaptée au contexte hospitalier.

Références bibliographiques

- Abdelfadel, K., Sbiti, M. (2020). Les indicateurs clés de performance : facteurs de succès des organisations. *Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit*, 4(3): 346-372.
- Aird, B. (1996). Activity-based cost management in health care-another fad? *International journal of health care quality assurance*, 9(4): 16-19.
- Aissou, M., Danos, J.-P., Jolivet, A. (2016). Structurer les parcours de soins et de santé: politiques, méthodes et outils pour la mise en oeuvre de la loi Santé: LEH Edition.
- Alcouffe, S., Mévellec, P. (2012). Analyse de la littérature sur L'ABC et proposition d'une taxinomie. *Comptabilités et innovation*, May, France.
- Alcouffe, S., Boitier, M., Rivière, A., Villesèque-Dubus, F. (2013). Contrôle de gestion interactif: Commercial. Supply Chain. RH. Environnement, Dunod.
- Alvarez, F. (2000). Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels. XXIème congrès de l'Association Française de Comptabilité, mai, Angers, France.
- Andaleeb, S. S. (1998). Determinants of customer satisfaction with hospitals: a managerial model. *International Journal of health care quality assurance*, 11(6): 181-187.
- Anderson, J. C., Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological bulletin*, 103(3): 411.
- Auger, J., Laforte, D., Rondeau, J. C. (1997). La mesure de la performance dans le secteur public. *Coup d'oeil*, 1: 1-3.
- Angelé-Halgand, N., Garrot, T. (2014). Les biens communs à l'hôpital. De la « T2A » à la tarification au cycle de soins. *Commons in hospitals. from T2A to cycle of care based tariffs*. *Comptabilité Contrôle Audit*, 3(20): 15-41
- Anthony, R. N. (1965). Planning and control systems: a framework for analysis. Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard.
- Anthony, R. N. (1988). *The management control function*, Harvard Business School Press.
- Arah, O. A., Klazinga, N. S., Delnoij, D. M., Asbroek, A. T., Custers, T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International journal for quality in health care*, 15(5): 377-398.
- Arena, L., Solle, G. (2008). Apprentissage organisationnel et Contrôle de Gestion: Une lecture possible de l'ABC/ABM? *Comptabilité contrôle audit*, 14(3): 67-85.

- Astuti, H. J., Nagase, K. (2014). Patient loyalty to healthcare organizations: Relationship marketing and satisfaction. *International Journal of Management and Marketing Research*, 7(2): 39-56.
- Avedis, D. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44(3): 166.
- Ayoubi, L. (2016). L'influence de la fidélité à la marque et de la fidélité au programme relationnel sur l'attitude des clients (cas des banques. Thèse de doctorat, Université Nice Sophia Antipolis.
- Baird, L. (1986). *Managing Performance*, John Wiley and Son. Inc., New York.
- Baker, J. J. (1998). *Activity-based costing and activity-based management for health care*. Jones & Bartlett Learning.
- Baldwin, A., Sohal, A. (2003). Service quality factors and outcomes in dental care. *Managing Service Quality: An International Journal*, 13(3): 207-216.
- Barraud Didier, V. (1999). Contribution à l'étude du lien entre les pratiques de GRH et la performance financière de l'entreprise : le cas des pratiques de mobilisation. Thèse de doctorat, Université Toulouse 1.
- Bazzoli, G. J., Chen, H. F., Zhao, M., Lindrooth, R. C. (2008). Hospital financial condition and the quality of patient care. *Health economics*, 17(8): 977-995.
- Beckhard, R. (1969). *Organization development: Strategies and models*. Addison-Wesley.
- Belakouiri, A., Benlakouiri, A., Ismail, N.I.M.I. (2019). De l'ingénierie des coûts à la gouvernance par les coûts à l'hôpital Ibn Nafis : CHU Mohammed VI–Marrakech. *La Revue Marocaine de Contrôle de Gestion*, 33(8): 1-33.
- Belghiti Alaoui, A. (2005). *Principes généraux de la planification stratégique à l'hôpital*. Ministère de la Santé, DHSA/UMER, Rabat, Maroc.
- Belorgey, N. (2016). *L'hôpital sous pression: enquête sur le " nouveau management public " : La Découverte*.
- Belrhiti, Z., Marroufi, A. (2013). Le Balanced Scorecard : Un outil de pilotage stratégique. *Gestions hospitalières*, 530: 567-574.
- Benabdejlil, H. (2016). *Modélisation des processus de soins : vers une implantation de nouveaux services à valeur ajoutée*. Thèse de doctorat, université de Bordeaux.
- Benaziz, S. (2022). Proposal for performance management tool for business incubators in MOROCCO: An exploratory study with a constructive aim. *Revue Française d'Economie et de Gestion*, 3(6).

- Bentler, P. M. (1980). Multivariate analysis with latent variables: Causal modeling. *Annual review of psychology*, 31(1): 419-456.
- Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. Free Press.
- Beret, L. (2000). L'auto-évaluation, outil de pilotage d'une démarche qualité en stérilisation. *INTER BLOC*, 19(1): 44-47.
- Berger-Douce, S. (2014). Sustainable management and performance in SMEs: A French case study, Working Paper, Institut für Mittelstandsforschung, Bonn, 14(4): 1-14.
- Bergeron, C., Larouche, G. (2002). La mesure de la performance des universités de régions. *Revue internationale de gestion*, 27(4): 89-106.
- Berman, P. (1995). *Health sector reform in developing countries-making health development suitable*. Boston, MA: Harvard School of Public Health.
- Berman Brown, R., Bell, L. (1998). Patient-centred audit: a users' quality model. *Managing service quality: An International Journal*, 8(2): 88-96.
- Bernoux, P. (2014). *Sociologie des entreprises (La)*. Média Diffusion.
- Berrah, L. (2002). *L'Indicateur de performance*. Editions Cépaduès.
- Berry, L. L., Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. (1988). The service-quality puzzle. *Business horizons*, 31(5): 35-43.
- Bescos, P. L., Mendoza, C. (1994). Le management de la performance : expériences et méthodologie de mise en œuvre pour une comptabilité de gestion moderne, *Radicales*.
- Bessire, D. (1999). Définir la performance. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, 5(2): 127-150.
- Birkinshaw, J., Hamel, G., Mol, M. J. (2008). Management innovation. *Academy of Management Review*, 33(4): 825-845.
- Bisbe, J., Batista-Foguet, J.-M., Chenhall, R. (2007). Defining management accounting constructs: a methodological note on the risks of conceptualmisspecification. *Accounting, Organizations and Society*, 32(7-8): 789-820.
- Bititci, U., Carrie, A. (1998). *Integrated performance measurement systems: structures and relationships*. EPSRC Research Grant Final Report, Engineering and Physical Sciences Research Council, Swindon, UK.
- Bitton, M. (1990). *ECOGRAI : Méthode de conception et d'implantation de systèmes de mesure de performances pour organisations industrielles*. Thèse de doctorat, Université de Bordeaux 1.
- Blanc, P., Denechère, A., Verdier, A., Duhamel, G. (2007). *Rapport sur les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières*. Ministère de la Santé et des Solidarités.

- Boisvert, H., Caron, M.A. (2014). Le contrôle de gestion, une interface de cohérence organisationnelle. in Bollecker M. et Naro G. ed., *Le contrôle de gestion aujourd'hui, Débats, controverses et perspectives*, pp. 91-106), Vuibert.
- Bollecker, M., Naro, G. (2014). *Le contrôle de gestion aujourd'hui: Débats, controverses et perspectives*. Vuibert.
- Bollen, K. A. (2002). Latent variables in psychology and the social sciences. *Annual review of psychology*, 53(1): 605-634.
- Bonvoisin, F. (2011). *Evaluation de la performance des blocs opératoires: du modèle aux indicateurs*. Thèse de doctorat, Université de Valenciennes et du Hainaut-Cambresis.
- Bordeloup, J. (1996) Les agences régionales de l'hospitalisation : clarification ou nouvelles ambiguïtés ? *Droit social*, 9-10: 878-887.
- Bouquin, H. (1986). *Le contrôle de gestion*. 4ème édition, Presses Universitaires de France.
- Bouquin, H. Fio, M. (2007). *Le contrôle de gestion : repères perdus, espaces à retrouver. «comptabilite et environnement »*, mai, France.
- Bouquin, H. (2010). *Contrôle de gestion et contrôle d'entreprise*. Ouvrage, Presses Universitaires de France.
- Bouquin, H. (2011). *Comptabilité de gestion*, 6ème édition, Economica.
- Bourguignon, T. (2018), *Entreprises : vers l'excellence : Une méthodologie de la performance par le management agile*. pp. 75-84, Dunod.
- Bourguignon, A. (1996). Définir la performance: une simple question de vocabulaire ? *Congrès de l'AGRH " Performance et ressources humaines "*, Paris, Economica, pp. 18-31.
- Bourguignon, A. (1997). Sous les pavés la plage... ou les multiples fonctions du vocabulaire comptable : l'exemple de la performance. *Comptabilité Contrôle Audit*, 3: 89-101.
- Bourguignon, A. (2000). Performance et contrôle de gestion. *Encyclopédie de comptabilité, Contrôle de gestion et Audit*, Economica.
- Boyer, A., Nefzi, A. (2008). La relation entre la perception de la qualité et la fidélité. *La Revue des Sciences de Gestion*, 6: 37-48.
- Bridgman, R.F. Hôpital (histoire-de-l'). <https://www.universalis.fr/encyclopedie/hopital-histoire-de-l/> Consulté le 20/11/2019.
- Brierley, J. (2011). Why the proper definition of the ABC matters: a note. *Advances in Management Accounting*, 19(1): 225-249.
- Burchell, S., Clubb, C., Hopwood, A., Hughes, J., Nahapiet, J. (1980). The roles of accounting in organizations and society. *Accounting, organizations and society*, 5(1): 5-27.

- Byrne, B. M. (2001). Structural equation modeling with AMOS, EQS, and LISREL: Comparative approaches to testing for the factorial validity of a measuring instrument. *International journal of testing*, 1(1): 55-86.
- Caillavet-Bachellez, V. (2010). *Le parcours de soins du patient: un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire*. Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique. Rennes.
- Cameron, K. S., Whetten, D. A. (1983). Models of the organizational life cycle: Applications to higher education. *The Review of Higher Education*, 6(4): 269-299.
- Cameron, K. S., Whetten, D. A. (2013). *Organizational effectiveness: A comparison of multiple models*. Academic Press.
- Camilleri, D., & O'Callaghan, M. (1998). Comparing public and private hospital care service quality. *International journal of health care quality assurance*, 4: 1-11.
- Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N., Porteous, M. (1998). Integrated care pathways. *316(7125)*: 133-137.
- Capet, M., Causse, G., Meunier, J. (1996). *Diagnostic, Organisation, Plannification d'Entreprise*. Economica.
- Capettini, R., Chow, C. W., McNamee, A. H. (1998). On the need and opportunities for improving costing and cost management in healthcare organizations. *Managerial Finance*, 24(1): 46-59.
- Carter, R. E., Lonial, S. C., Raju, P. (2010). Impact of quality management on hospital performance: an empirical examination. *Quality Management Journal*, 17(4): 8-24.
- Cassels, A. (1995). Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of International development*, 7(3): 329-347.
- Cella, D. F. (2007). Le concept de qualité de vie : les soins palliatifs et la qualité de vie. *Recherche en soins infirmiers*, 1: 25-31.
- Chaabane, S., Guinet, A., Smolski, N., Guiraud, M., Luquet, B., Marcon, E., Viale, J. P. (2003). La gestion industrielle et la gestion des blocs opératoires. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 22(10): 904-908.
- Champagne, F., Guisset, A.-L. (2005). *The Assessment of Hospital performance: Collected Background Papers, R05–04*. Montréal GRIS-Université de Montréal.
- Champagne F., Guisset A.L., Veillard J., Trabut I. (2005). *The Performance Assessment Tools for Quality Improvement in Hospitals, PATH project*. Université de Montréal, Canada.
- Chauveau, S. (2011). Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles? *Les Tribunes de la santé* (4): 81-89.

- CIMA. (1993). *Activity Based Costing and its Application in the NHS*. Chartered Institute of Management Accountants, London.
- Combes, C. (1994). *Un environnement de modélisation pour les systèmes hospitaliers*. Thèse de doctorat, Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand.
- Cooper, R. G. (1990). Stage-gate systems: a new tool for managing new products. *Business horizons*, 33(3): 44-54.
- Da Silveira, G. J., Sousa, R. S. (2010). Paradigms of choice in manufacturing strategy: Exploring performance relationships of fit, best practices, and capability-based approaches. *International Journal of Operations & Production Management*, 30(12): 1219-1245.
- Daniel, M. L. (2014). *Les mécanismes de la résilience organisationnelle*. Thèse de doctorat, université de Lille 1.
- De Bleser, L., Depreitere, R., Waele, K. D., Vanhaecht, K., Vlayen, J., Sermeus, W. (2006). Defining pathways. *Journal of nursing management*, 14(7): 553-563.
- De Kervasdoué, J. (2015). *L'hôpital : La grande étape de la vie de l'hôpital*, Presses Universitaires de France, pp. 81-122.
- De Lavillarmois, O. (2001). *Le concept de performance et sa mesure : un état de l'art*. Cahier de recherche, CLAREE, IAE de Lille, France.
- De Lavillarmois O., Levant Y. (2007). Le Time-Driven ABC : la simplification de l'évaluation des coûts par le recours aux équivalents – un essai de positionnement. *Finance Contrôle Stratégie*, 10(1): 149-182.
- De Pourville, G. (1998). Quelques aspects théoriques et pratiques sur la mesure de la performance hospitalière. *Ruptures-Montreal*, 5: 99-105.
- Debrosse, D., Samson, G. (1994). Engagement et responsabilité du directeur dans la démarche de projet. Honoré B., Samson G. dir., *La démarche de projet dans les établissements de santé*, Privat, n°1.
- Deccache, A., Van Ballekom, K. (2010). From patient compliance to empowerment and consumer's choice: evolution or regression? An overview of patient education in French speaking European countries. *Patient education and counseling*, 78(3): 282-287.
- Domingo H., Eggrickx A., Naro G., Bourret R. (2018). Le Time Driven Activity Based Costing (TDABC), modèle de calcul de coût adapté au parcours de soins des maladies chroniques : Cas du parcours de soins des soins de l'AVC. *Gestion et Management Public*, 6(1): 71-93.

- Douma F., Eggrickx A., Bollecker M. (2019), Vers un contrôle de gestion « médiateur » du changement : Le cas d'un hôpital marocain, *Revue Management & Avenir*, 112:57-78.
- Doumeingts, G., Clave, F., Ducq, Y. (1994). ECOGRAI - A Method to design and to implement Performance Measurement Systems for Industrial Organisations: Concepts and application to the maintenance function. IFIP WG 5.7 workshop "Benchmarking: Theory and practices, juin, Trondheim, Norvège.
- Doumeingts, G., Vallespir, B., Chen, D. (1998). Decisional modelling GRAI grid. *International handbook on information systems*, Bernus, P., Mertins, K., Schmidt G. ed., Springer.
- Doyle, G., Duffy, L., McCahey, M., Schools, U. B. (2008). An empirical study of adoption/non-adoption of activity based costing in hospitals in Ireland. Canada: Administration Sciences Association of Canada, Dalhousie University.
- Drury, C. (2008). *Management and cost accounting*. 7th edition. South-Western centre learning.
- Ducq, Y. (1999). Contribution à une méthodologie d'analyse de la cohérence des systèmes de production dans le cadre du modèle GRAI. Thèse de doctorat, Université Bordeaux 1.
- Ducq, Y., Vallespir, B. (2005). Definition and aggregation of a performance measurement system in three aeronautical workshops using the ECOGRAI method. *Production Planning & Control*, 16(2): 163-177.
- Dussault, G. (2001). Cadre pour l'analyse de la main-d'œuvre sanitaire. *Ruptures Revue Transdisciplinaire Santé*, 7(2): 64-78.
- Edwards, J. R., Bagozzi, R. P. (2000). On the nature and direction of relationships between constructs and measures. *Psychological methods*, 5(2): 155.
- Efron, B., Gong, G. (1983). A leisurely look at the bootstrap, the jackknife, and cross-validation. *The American Statistician*, 37(1): 36-48.
- Eggrickx A. (2014). Les impasses du contrôle de gestion. Débats et perspectives. in Bollecker M. & Naro G. ed. *Le contrôle de gestion aujourd'hui. Débats, controverses et perspectives*, Vuibert, pp. 107-124.
- Elder Jr, G. H., Shanahan, M. J. (2007). The life course and human development. *Handbook of child psychology*, n°1, Juin.
- Evans, J. R., Lindsay, W. M. (2002). *The Management and Control of Quality*, 5: 115-128. South-Western.
- Farrokhi, F., Mahmoudi-Hamidabad, A. (2012). Rethinking convenience sampling: Defining quality criteria. *Theory & Practice in Language Studies*, 2(4): 784-792.

- Ferreira, A., Otley, D. (2009). The design and use of performance management systems: An extended framework for analysis. *Management accounting research*, 20(4): 263-282.
- Féry-Lemonnier, É. (2014). Les parcours, une nécessité. *Actualité et dossier en santé publique*, 88: 12-15.
- Fitzgerald, L., Johnston, R., Brignall, S., Silvestro, R., Voss, C. (1991). Performance Measurement in Service Businesses. *Journal of Computers in Industry*, 58: 474-485.
- Fornell, C., Larcker, D. F. (1981). *Structural equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics*. Sage Publications.
- Fornell, C., Johnson, M. D., Anderson, E. W., Cha, J., Bryant, B. E. (1996). The American customer satisfaction index: nature, purpose, and findings. *Journal of marketing*, 60(4): 7-18.
- Fornerino, M., Godener, A. Ray, D. (2010). La satisfaction des managers vis-à-vis du contrôle de gestion et leur performance managériale. *Comptabilité Contrôle Audit*, 16: 101-126.
- Foudriat, M. (2007). *Sociologie des organisations: la pratique du raisonnement*: Pearson Education France.
- Frisou, J. (2005). Une approche tendancielle du comportement de fidélité: du concept à sa mesure. *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 20(2): 105-125.
- Gagnard, A. (2006). Le kit de base des tableaux de bord pour les établissements de santé réalisé par le GMSIH. *Journal d'économie médicale*, 24(5): 255-261.
- Galambaud, B. (1988). La gestion sociale à la surface des mots. In *Gérer et Comprendre, Annales des Mines*, n°028, mars, pp. 55-61.
- Garrot, T., Angele-Halgand, N., Oganesyanyan, A. (2015). Reconfiguration de la gouvernance de la santé par les apports d'Elinor Ostrom. 6ème Colloque Santé 2015, 8-9 avril 2015, Marseille, pp. 1-17.
- Genin, P. (2005). *La planification industrielle et ses limites*. Techniques de l'Ingénieur.
- Georgescu, I., Hartman, F.G.H. (2013). Sources of Financial Pressure and Up Coding Behavior in French Public Hospitals. *Health Policy*, 110: 156-163.
- Gervais. M., Levant, Y., Ducrocq, C. (2010). Le TimeDriven Activity-Based Costing (TDABC): un premier bilan à travers une étude de cas longitudinale. *Finance Contrôle Stratégie*, 13(1): 123-155.
- Gilbert, P., & Parlier, M. (1992). La compétence: du mot-valise au concept opératoire. *Actualité de la Formation Permanente*, 116.
- Gremler, D. D., Brown, S. W. (1996). Service loyalty: its nature, importance, and implications. *Advancing service quality: A global perspective*, 5(1): 171-181.

- Girault, A. Minvielle, É. (2015). Performance et qualité des établissements de santé. in Performance et innovation dans les établissements de santé, B. Fermon éd., pp. 91-104, Dunod.
- Guisset, A.-L., Sicotte, C., Leclercq, P., D'hoore, W. (2002). Définition de la performance hospitalière: une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. *Sciences sociales et santé*, 20(2): 65-104.
- Guo Y, Hu T, Zhou Y. (2022). Multi-channel data fusion and intelligent fault diagnosis based on deep learning. *Measurement Science and Technology*, 34: 015-115.
- Hair, J., Tatham, R., Anderson, R., & Black, W. (1998). *Multivariate data analysis*. Prentice-Hall.
- Hair, J. F., Ringle, C. M., Sarstedt, M. (2011). PLS-SEM: Indeed a silver bullet. *Journal of Marketing theory and Practice*, 19(2): 139-152.
- Hair, J. F., Matthews, L. M., Matthews, R. L., Sarstedt, M. (2017). PLS-SEM or CB-SEM: updated guidelines on which method to use. *International Journal of Multivariate Data Analysis*, 1(2): 107-123.
- Harman, H.H. (1976). *Modern Factor Analysis*. 3rd Edition, The University of Chicago Press.
- HAS (2009). *Le recours à l'hôpital en Europe. Rapport d'évaluation*.
- HAS (2012). *Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques*. La Plaine St Denis. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1247611/fr/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalises-pour-les-maladeschroniques (consulté le 25/04/2014).
- HAS (2014). *Guide du parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte Obstructive*. HAS. Avril, www.has-sante.fr.
- HAS (2019). *Guide du parcours de soins Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive*. HAS. Novembre, www.has-sante.fr.
- Hirtzlin, I. (2018). *Fiches d'économie de la santé*. Ellipses.
- Hu, L., Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1): 1-55.
- Hudson, M., Smart, A., Bourne, M. (2001). Theory and practice in SME performance measurement systems. *International journal of operations & production management*, 21(8): 1096-1115.
- Issor, Z. (2017). La performance de l'entreprise : un concept complexe aux multiples dimensions. *Projectics / Proyéctica / Projectique*, 17: 93-103.

- Jebali, A., Ladet, P., Hadj-Alouane, A. B. (2004). Une méthode pour l'ordonnement du bloc opératoire. *Journal européen des systèmes automatisés*, 38(6): 657-689.
- Jlassi, J. (2009). Amélioration de la performance par la modélisation des flux logistiques des patients dans un service d'urgence hospitalier. Thèse de doctorat, Université Paris VIII.
- Johnson, T. (1992). *Relevance regained: From top-down control to control to bottom-up*. Free Press.
- Joreskog, H. G., Sorbom, D. (1978). LISREL IV. Chicago, National Education Resources.
- Jouet, E., Flora, L., Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérimentiels des patients. *Pratiques de formation-Analyses*, 2010(58-59),.
- Kaplan R. S., Anderson S. R. (2004). Time driven activity based costing. *Harvard business review*, 82: 131-138.
- Kaplan, R. S., Norton, D. P. (2005). The balanced scorecard: measures that drive performance. *Harvard business review*, 83(7): 172.
- Kaplan, R. S., Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review* 89(9): 46-52.
- Khenniche, S. Henriot, J. (2021). Piloter la performance globale dans les organisations publiques. Une analyse par le prisme des points de vue. *Management & Avenir*, 124: 129-150.
- Khemakhem, A. (1977). *La dynamique de contrôle de gestion*. Dunod.
- King, M., Lapsley, I., Mitchell, F., Moyes, J. (1994). Costing needs and practices in a changing environment: the potential for ABC in the NHS. *Financial Accountability & Management*, 10(2): 143-160.
- Kohli, M. (1986). The World We Forgot: A Historical Review of the Life Course. In V. W. Marshall ed., *Later Life: The Social Psychology of Ageing*, pp. 271-303.
- Kotler, P. (2003). *Marketing insights from A to Z: 80 concepts every manager needs to know*. John Wiley & Sons.
- Kwan, J., Sandercock, P. (2003). In-hospital care pathways for stroke: a Cochrane systematic review. *Stroke*, 34(2): 587-588.
- Laflamme, M. E. (2009). La satisfaction par rapport aux services de santé reçus chez des travailleurs ayant un mal de dos : son impact sur les résultats cliniques à moyen et long terme de ses déterminants. Mémoire, Université Laval, Québec.
- Laitinen, E. K. (2002). A dynamic performance measurement system: evidence from small Finnish technology companies. *Scandinavian journal of management*, 18(1): 65-99.

- Lalive d'Epinay, C., Bickel, J. F., Cavalli, S., Spini, D. (2005). *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines*. Editions de l'Université de Liège, pp. 187-210.
- Lambin, J.-J., De Moerloose, C. (2021). *Marketing stratégique et opérationnel*. Dunod.
- Langevin, P., Mendoza, C. (2014). Impliquer les managers à atteindre leurs objectifs : participation, feedback et confiance. *Comptabilité Contrôle Audit*, 20: 43-71.
- Lawley, D. N., Maxwell, A. E. (1971). *Factor Analysis as a Statistical Method*. 2nd Edition, Butterworths.
- Le Pogam, M. A., Luangsay-Catelin, C., Notebaert, J. F. (2009). La performance hospitalière à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent. *Revue management et avenir*, 5: 116-134.
- Lebas, M. (1992). L'ABM ou le Management Basé sur les Activités. *Revue Française de Comptabilité*, 237: 61-66.
- Lebas, M., Mevellec, P. (1999). Vingt ans de chantiers de comptabilité de gestion. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, 5(3): 77-91.
- Loevinger, J. (1957). Objective tests as instruments of psychological theory. *Psychological reports*, 3(3): 635-694.
- Lombrail, P., Naiditch, M., Baudeau, D., Cuneo, P. (1999). Les éléments de la performance hospitalière les conditions de comparaison, *Études et résultats*, 42, décembre.
- Lorino P. (1995). Le déploiement de la valeur par les processus. *Revue française de gestion*, 104: 59.
- Lorino, P. (1997). *Méthodes et pratiques de la performance, le guide du pilotage*, Editions d'Organisation.
- Lorino, P. (2001). *Le balanced Scorecard Revisité : dynamique stratégique et pilotage de performance exemple d'une entreprise énergétique*. XXIème congrès de l'Association Française de Comptabilité, mai, Angers, France.
- Lorino, P. (2003). *Méthodes et pratiques de la performance : le pilotage par les processus et les compétences*. Editions d'Organisation.
- MacCallum, R. C., Austin, J. T. (2000). Applications of structural equation modeling in psychological research. *Annual review of psychology*, 51(1): 201-226.
- Mahon, M., Browne, J. (1993). *CAD/CAM from Principles to Practice*. Addison-Esley.
- Makhloufi, I., Saadi, J., El Hiki, L., El Hassani, A. (2012). Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg : cas de l'Hôpital Universitaire Cheikh Zaïd. *Santé publique*, 24(6) : 573-585.

- Marmorat, S, Buttard, A. (2014). Nouvelle gouvernance hospitalière : vers une requalification de la performance des établissements publics de santé ? 13ème Conférence Internationale de Gouvernance, 19 mai, Dijon, France.
- Maskell, B. H. (1991). Performance measurement for world class manufacturing: A model for American companies. CRC press.
- Mattéi, J. F. (2002). Présentation par le Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées du plan hôpital 2007 à Paris le 20 novembre 2002, <http://www.sante.gouv.fr>, consulté le 27 novembre 2002.
- Mayring, P. (2004). Qualitative content analysis. A companion to qualitative research, 1(2): 159-176.
- Mazad, A. (2013). Les réformes hospitalières à l'épreuve de la pratique. Contribution à une théorie sociologique du changement par la loi. Mémoire de recherche de Master, Université Paris 1.
- Mévellec, P. (2000). Lecture duale des systèmes de coûts : bilan d'étape d'une démarche de recherche-formation-action. Comptabilité contrôle audit, 6(1).
- Mévellec, P. (2017). Les systèmes de coûts dans les organisations, Repères.
- Mintzberg, H. (1982). Structure et dynamique des organisations, Editions d'Organisation.
- Mintzberg, H. (1991). The effective organization: forces and forms. Sloan Management Review, 32(2): 54-67.
- Minvielle, E. (1996). Gérer la singularité à grande échelle. Revue Française de Gestion, 1996.
- Moison, J.-C., Tonneau, D. (1999). La démarche gestionnaire à l'hôpital : Recherches sur la gestion interne. Seli Arslan.
- Mol, M. J., Birkinshaw, J. (2014). The role of external involvement in the creation of management innovations. Organizations Studies 35(9): 1287-1312.
- Molinié, E. (2005). L'hôpital public en France: bilan et perspectives. Les éditions des journaux officiels.
- Morin, E. M. (1991). Vers une mesure de l'efficacité organisationnelle : exploration conceptuelle et empirique des représentations. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Morin, E. M., Beaudin, G., Savoie, A. (1994). L'efficacité de l'organisation: théories, représentations et mesures. Gaëtan Morin Éditeur.
- Mpinga, E. K., Chastonay, P. (2011). Satisfaction of patients: a right to health indicator? Health policy, 100(2-3): 144-150.

- Neely, A. D., Adams, C. (2000). Perspectives on performance: the performance prism. Centre for Business Performance, Cranfield School of Management, UK.
- Neely, A. D., Adams, C., Kennerley, M. (2002). The performance prism: The scorecard for measuring and managing business success: Prentice Hall.
- Nguyen, N., LeBlanc, G. (2004). Les effets de la réputation et de l'image d'une institution coopérative sur la fidélité de ses membres et clients. *Revue de l'Université de Moncton*, 35(1): 71-97.
- Nobre, T. Biron, N. (2001). Application de la méthode ABC au calcul des coûts par pathologie le cas de la chirurgie infantile. 22ème congrès de l'Association Française de Comptabilité, mai.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*. 2nd edition, McGraw.
- Nunnally, J. C. (1978). An Overview of Psychological Measurement. In B. B. Wolman ed., *Clinical Diagnosis of Mental Disorders: A Handbook*, pp. 97-146.
- OCDE. (2004). *Systèmes de santé : mesurer et améliorer les performances. Les questions-clés. Rapport de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique*, pp. 75-77.
- Oganesyan, A. (2016). *Les réformes du système de santé en France et leurs impacts. Thèse de doctorat, Université Nice Sophia Antipolis*.
- Or, Z., Renaud, T. (2009). *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères, document de travail, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Paris, France*.
- Organisation Mondiale de la santé. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde, OMS*.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2004). *Stratégie de coopération OMS-MAROC 2004-2007*.
- Otani, K., Waterman, B., Dunagan, W. C. (2012). Patient satisfaction: how patient health conditions influence their satisfaction. *Journal of Healthcare Management*, 57(4): 276-293.
- Panel, P. (2007). L'hôpital public. *Études*, 407(10): 319-330.
- Parasuraman, A., Berry, L. L., Zeithaml, V. A. (1991). Perceived service quality as a customer-based performance measure: An empirical examination of organizational barriers using an extended service quality model. *Human resource management*, 30(3): 335-364.
- Pascal, C., Claveranne, J. (2004). *Repenser les processus à l'hôpital: une méthode au service de la performance*. Médica Editions.

- Passebois J. (2002). Processus d'établissement des relations consommateurs / institutions culturelles : le cas des musées d'art contemporain, *Revue Française du Marketing*, 189/190(4-5): 149-159.
- Pauly, M., Redisch, M. (1973). The not-for-profit hospital as a physicians' cooperative. *The American Economic Review*, 63(1): 87-99.
- Pendaries, M. (2011). Le pilotage par la valeur de la performance des organisations: cas des entreprises gérées par affaire. Thèse de doctorat, Université Aix-Marseille 2.
- Pendaries, M., Castaneda, H. (2013). Comment piloter la performance du transfert de connaissances dans le processus d'innovation des entreprises technologiques ? *Comptabilité sans Frontières*. The French Connection, mai, Canada.
- Pendaries, M., Quillaud, A. (2015). Piloter la performance du transfert de connaissances dans les chaînes logistiques. *Logistique & Management*, 23(3): 35-47.
- Pendaries, M. (2017). Le Contrôle de gestion : d'hier à demain. Colloque " Le Contrôle de gestion dans tous ses états ", 21-22 avril, Fès, Maroc.
- Pendaries, M. (2021). Piloter la performance organisationnelle : une aide à la décision avec la Valeur Ajoutée Horaire. Presses universitaires de Provence.
- Penrose, E., Penrose, E. T. (2009). *The Theory of the Growth of the Firm*. Oxford university press.
- Peshkin, A. (1993). The goodness of qualitative research. *Educational researcher*, 22(2): 23-29.
- Pesqueux Y. (2020). De la performance. Master. France.
- Pierru, F. (1999). L'« hôpital-entreprise » Une self-fulfilling prophecy avortée. *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 12(46): 7-47.
- Pike, R. H., Tayles, M. E., Abu Mansor, N. N. (2011). Activity-based costing user satisfaction and type of system: a research note. *British Accounting Review*, 43(1): 65-72.
- Ponçon, G. (2000). Le management du système d'information hospitalier : la fin de la dictature technologique. EHESP.
- Psiuk, T., Gouby, M. (2011). *Plans de soins types et chemins cliniques*. Elsevier Masson.
- Quinn, R. E., Rohrbaugh, J. (1983). A spatial model of effectiveness criteria: Towards a competing values approach to organizational analysis. *Management science*, 29(3): 363-377.
- Ravelomanantsoa, M. S., Ducq, Y., Vallespir, B. (2019). A state of the art and comparison of approaches for performance measurement systems definition and design. *International Journal of Production Research*, 57(15-16): 5026-5046.

- Ravelomanantsoa, M. S., Ducq, Y., Vallespir, B. (2020). General enterprise performance measurement architecture. *International Journal of Production Research*, 58(22): 7023-7043.
- Ross, D. T., Schoman, K. E. (1977). Structured analysis for requirements definition. *IEEE transactions on Software Engineering*, 1: 6-15.
- Ross, D. T. (1985). Applications and Extensions of SADT. *Computer*, 18(04): 25-34.
- Salgado, M. (2013). La performance : une dimension fondamentale pour l'évaluation des entreprises et des organisations, février.
- Saltman, R. B., Figueras, J. (1997). European health care reform: analysis of current strategies: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Schoute, M. (2011). The relationship between product diversity, usage of advanced manufacturing technologies and activity-based costing adoption. *British Accounting Review*, 43(2): 120-134.
- Scott, R. W. (1987). *Organizations: Rational, Nature and Open Systems*. 2. Englewood Cliff.
- Sebaï, J. (2015). L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ? *Santé publique*, 27(3): 395-403.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Barnsley, J., Béland, F., Leggat, S., Brémond, M. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health services management research*, 11(1): 24-41.
- Simons, R. (1995). *Levers of control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal (Hardcover)*. Harvard Business School Press Books.
- Sogbossi-Bocco, B. (2010). Perception de la notion de performance par les dirigeants de petites entreprises en Afrique. *La Revue des Sciences de Gestion*, 241: 117-124.
- Strasser, S., Schweikhart, S., Welch II, G. E., Burge, J. C. (1995). Satisfaction with medical care. *Marketing Health Services*, 15(3): pp 1-15.
- Sutcliffe, J. (1965). A probability model for errors of classification. I. General considerations. *Psychometrika*, 30(1): 73-96.
- Teil, A. (2002). Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière. Thèse de doctorat, Université Jean Moulin Lyon 3.
- Thévenet, M. (1991). L'appréciation du personnel. *Encyclopédie de Management*, Tome 1, Vuibert.
- Thévenot, L., Boltanski, L. (1991). De la justification. *Les économies de la grandeur*. Gallimard.

- Thompson, J. D., Tuden, A. (1959). Strategies, structures and processes of organizational decision. In J. D. Thompson, P. B. Hammond, R. W. Hawkes, B. H. Junker, & A. Tuden (Eds.), *Comparative studies in administration*. University of Pittsburgh Press, pp. 195-216.
- Trilling, L., Guinet, A. (2005). Aide à la décision pour la gestion quantitative des ressources humaines : comment lever la contrainte financière hospitalière. 6ème Congrès international de génie industriel, Montréal, juin, pp.1-12.
- Udpa, S. (1996). Activity-based costing for hospitals. *Health care management review*, 21(3): 83-96.
- Vallespir, B., Ducq, Y., Doumeingts, G. (1999). Enterprise modelling and performance – Part 1: Implementation of performance indicators. *International Journal of Business Performance Management*, 1(2): 134-153.
- Vanhaecht, K. (2007). The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. Thèse de doctorat, Katholieke Universiteit Leuven.
- Wacheux, F. (1996). Méthodes qualitatives de recherches en gestion. *Economica*.
- Ware Jr, J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R., Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and program planning*, 6(3-4): 247-263.
- Wittgenstein, L. (2010). *Philosophical investigations*. John Wiley & Sons.
- Yavas U, Romanova N. (2005) Assessing performance of multi-hospital organizations: a measurement approach. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(2-3):193-203.
- Yuchtman, E., Seashore, S. E. (1967). A system resource approach to organizational effectiveness. *American sociological review*, 32(6): 891-903.
- Zawawi, N. H. M., Hoque, Z. (2010). Research in management accounting innovations: an overview of its recent developments. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 7(4): 505-568.
-

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de satisfaction des patients

1- Identification

Décrivez en quelques phrases pourquoi vous êtes venu à l'hôpital et quel processus vous avez suivi avant de quitter l'hôpital ?

2- Qualité de service

Veillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les déclarations suivantes.

(1 : Pas du tout d'accord / 5 : Tout à fait d'accord)

	1	2	3	4	5
L'hôpital dispose d'un équipement moderne					
Les installations physiques de l'hôpital sont visuellement attrayantes					
Les employés de l'hôpital ont une apparence soignée					
Le matériel de l'hôpital est visuellement attrayant					
Lorsque l'hôpital promet de faire quelque chose, il le fait					
L'hôpital montre un intérêt sincère à résoudre vos problèmes.					
L'hôpital effectue le service correctement dès la première fois.					
L'hôpital fournit les services au moment où il le promet					
L'hôpital tient des registres précis					
Les employés vous disent quand les services seront effectués					
Les employés fournissent des services rapides					
Les employés sont toujours prêts à aider					
Les employés ne sont jamais trop occupés pour répondre à vos demandes					
On peut faire confiance aux employés					
Je me sens en sécurité dans l'interaction avec les employés					
Les employés sont toujours courtois					
Les employés ont les connaissances nécessaires pour répondre à vos questions					
Les employés accordent une attention individuelle					
L'hôpital a des heures d'ouverture qui vous conviennent					
Les employés accordent une attention personnelle					
L'hôpital a vos intérêts à cœur					
Les employés comprennent vos besoins spécifiques					

3- Satisfaction

Veillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les déclarations suivantes.

(1 : Pas du tout d'accord / 5 : Tout à fait d'accord)

	1	2	3	4	5
Je suis très satisfait des soins médicaux que je reçois.					
Les médecins laissent leurs patients leur dire tout ce que le patient pense être important.					
Les médecins demandent aux patients quels aliments ils mangent et expliquent pourquoi certains aliments sont meilleurs.					
Les médecins agissent comme s'ils rendaient service à leurs patients en les traitant					
Les médecins traitent toujours leurs patients avec respect					

4- Fidélité

Veillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les déclarations suivantes.

(1 : Pas du tout d'accord / 5 : Tout à fait d'accord)

	1	2	3	4	5
Si vous trouvez un hôpital/clinique qui offre une variété de services de haute qualité, vous ne changez pas d'établissement de traitement.					
Si quelqu'un essayait de critiquer cette clinique ou cet hôpital, j'essaierais de le défendre					
Si la clinique ou l'hôpital me conseillait de passer un contrôle de santé pour évaluer mes progrès, je reviendrais pour cela.					

5- Fiche signalétique

Sexe	-
Age	-
Éducation	-
Expérience professionnelle	-
Situation familiale	-
Revenu	-

Annexe 2 : Signification des concepts des coûts de parcours

Concept	Détaille
• Coût d'équip.	Amortissement des équipements
• Masse Salariale	Les Salaires du personnel
• Charge d'exploit.	Charge d'exploitation (Eau, électricité, Frais de Téléphone, Nettoyage, gardiennage ...)
• Conso Pharm.	Coût de la pharmacie
• Honoraire Anesthésiste	Honoraire de l'Anesthésiste
• Honoraire Chirurgien	Honoraire du Chirurgien
• Produits de Nettoyage	Le coût des produits utilisés pour la désinfection et le nettoyage
• Produits de Stérilisation	Le coût des produits utilisés pour la Stérilisation des instruments
• Coût Réanimation	L'ensemble du coût qui va être déclenché par le parcours de la réanimation