

Le processus d'évaluation de la performance dans un centre hospitalo-universitaire : Etat des lieux et perspectives

[The process of performance evaluation in a university hospital centre : Inventory and perspectives]

Hafida NIA and Mohamed OMARI

Laboratoire de l'entrepreneuriat et management de l'environnement des PME, Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales de Mohammedia, Université Hassan II, Maroc

Copyright © 2019 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the *Creative Commons Attribution License*, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Hospital performance is a multidimensional concept, difficult to define. Several models for measuring and evaluating the performance are present in the literature.

The Moroccan Ministry of Health is seeking to establish a standard tool to assess the performance of hospitals, including university hospitals that provide tertiary level care.

The Ibn rochd University Hospital of Casablanca adopts a performance evaluation process that complies with the regulations in force and respects the organization stipulated in its internal regulations.

The objective of this paper is to describe this process and its content of performance measurement indicators constituting the activity report, and to analyze them according to a managerial vision made by a research team in management sciences.

Within the framework of this work, we based ourselves on non-participating observation and also on benchmarking with the various actors involved in the process.

The analysis of the process and indicators allowed us to identify a number of dysfunctions and to propose areas for improvement.

KEYWORDS: hospital performance, measurement, evaluation, indicators, hospitals.

RÉSUMÉ: La performance hospitalière est un concept multidimensionnel, difficile à définir. Plusieurs modèles de mesure et d'évaluation de la performance sont présents dans la littérature.

Le ministère de la santé marocain cherche à mettre en place un outil standard permettant d'évaluer la performance des hôpitaux, y compris les centres hospitaliers universitaires, qui prodiguent une offre de soin de niveau tertiaire.

Le CHU Ibn rochd de Casablanca adopte un processus d'évaluation de la performance qui se conforme à la réglementation en vigueur et qui respecte l'organisation stipulée dans son règlement intérieur.

L'objectif de cet écrit est de décrire ce processus et son contenu d'indicateurs de mesure de la performance constituant le bilan d'activité, et de les analyser selon un angle de vision managérielle faite par une équipe de recherche en sciences de gestion.

Nous nous sommes basés dans le cadre de ce travail sur l'observation non participante et aussi un benchmarking auprès des différents acteurs intervenants dans le processus.

L'analyse du processus et des indicateurs nous a permis de déceler un certain nombre de dysfonctionnements présents et de proposer des pistes d'améliorations.

MOTS-CLEFS: performance hospitalière, mesure, évaluation, indicateurs, hôpitaux.

1 INTRODUCTION

L'hôpital marocain, aujourd'hui, vit au rythme des réformes, tenant compte de nombreux défis: celui de la compétence, du progrès technologique, de la qualité, de l'efficacité économique, de l'optimisation des ressources, et de la question de la performance qui pose la problématique de sa mesure, et de son pilotage [1].

Dans le secteur hospitalier marocain, la problématique d'évaluation et de pilotage de la performance n'était pas une priorité stratégique pour les managers hospitaliers. L'évaluation des performances ne constituait qu'un simple calcul des indicateurs selon des grilles standards posés, dont le rôle est de faire une comparaison entre les hôpitaux [2].

Au Maroc, aucun modèle de la performance hospitalière, qui intègre les différentes dimensions, n'est encore généralisé dans les hôpitaux marocains. En revanche, le Ministère de la Santé a développé une matrice permettant d'analyser la performance hospitalière. Cette dernière assure le suivi de la performance, en se basant sur quatre fonctions prioritaires de l'hôpital qui sont : le diagnostic (imagerie et laboratoire), les soins (urgences, consultations spécialisées externes, et hospitalisation), hôtellerie (séjour), et gestion financière (facturation, recouvrement et recettes propres). Les indicateurs choisis avaient comme principaux attributs: la production, la productivité, la qualité et l'efficacité [3].

2 PROBLÉMATIQUE

La question de l'évaluation de la performance des structures hospitalières est une problématique posée sur la table des managers du ministère de la santé et aussi pour les chercheurs en sciences de gestion spécialisés dans la performance hospitalière. Cette question dépend de plusieurs facteurs contingents comme la nature et la diversité des missions de l'hôpital, la multiplicité des acteurs et des métiers, l'organisation du système décisionnel et la turbulence de l'environnement interne et surtout externe.

C'est pourquoi nous nous sommes intéressés au processus d'évaluation de la performance hospitalière au sein d'un centre hospitalo-universitaire. Dès lors, la problématique de l'article pourrait se formuler ainsi : quel est le processus d'évaluation de la performance au sein d'un centre hospitalo-universitaire, prodiguant une offre de soin de niveau tertiaire? Et est ce qu'on peut considérer ce processus comme performant, tenant compte des différentes dimensions de la performance hospitalières ?

L'article se subdivise en deux parties. La première aborde la revue de la littérature afférente aux modèles d'évaluation de la performance hospitalière, ainsi qu'une tentative de clarification de la performance qui est un concept polymorphe et multidimensionnel. La seconde décrit le processus d'évaluation de la performance au CHU Ibn Rochd de Casablanca, et analyse ses différentes étapes.

La contribution de ce travail se situe à deux niveaux :

D'abord rappeler les principaux modèles de mesure et d'évaluation de la performance des établissements de santé, existants dans la littérature, qui peuvent nous servir de base d'analyses du processus adopté dans les hôpitaux marocains.

Ensuite, analyser le processus d'évaluation de la performance d'une optique d'un chercheur en sciences de gestion, en adoptant une méthode descriptive à visée analytique, pour expliquer les différents mécanismes du processus en partant des spécificités d'une organisation prodiguant une offre de soins de niveau tertiaire

3 REVUE DE LITTÉRATURE

Le concept de la performance hospitalière a pris, petit à petit, une place capitale dans le discours des managers hospitaliers, des chefs de pôle et aussi des soignants. La mesure et l'évaluation de la performance d'un hôpital par le biais des modèles existants dans la littérature est au centre d'un débat entre les chercheurs et les professionnels, et elle s'appuie sur le choix judicieux d'indicateurs. Dans le cadre de ce travail, nous allons essayer de clarifier le concept de la performance, en se basant sur des modèles divergents

3.1 LA PERFORMANCE HOSPITALIÈRE : CARACTÉRISTIQUES ET TENTATIVE DE DÉFINITION

Dans la littérature, la performance est un concept difficile à définir, du fait de son caractère multidimensionnel. Cette idée s'impose particulièrement dans le domaine de la santé, par ce que la performance hospitalière dépend de la conception des différentes parties prenantes (les soignants, les patients, les managers hospitaliers, les différentes institutions). Ces différents acteurs ont leurs propres opinions sur la performance des établissements de santé, qui peuvent être parfois divergents. Parmi les principales préoccupations du ministère de tutelle est de veiller à l'équilibre financier de l'organisation et de garantir une offre de soins de qualité, bien répartie sur l'ensemble du territoire, sans discrimination. Les soignants s'occupent

particulièrement de la qualité des soins prodigués aux malades, tandis que ces derniers seront sensibles aux soins dispensés et aussi aux relations avec les soignants. Quant à la collectivité, elle s'intéressera particulièrement à voir, dans quelle mesure l'offre des soins satisfait la demande des patients.

Notons qu'il existe différents modèles de la performance, selon la conception des différentes parties prenantes de l'organisation. De ce fait, la littérature propose une approche contingente de la performance, qui dépend de l'environnement, qui est en perpétuel changement. Dans ce sens, les modèles existants dans la littérature sont pertinents uniquement dans leur contexte, et ne peuvent pas être généralisés. Un autre point important qui s'ajoute au caractère multidimensionnel et contingent du concept, qui est la dimension paradoxale de la performance. En effet, des objectifs pris deux à deux peuvent apparaître contradictoires et pris tous ensemble, ils peuvent s'avérer convergents. A titre d'exemple, la recherche de la réduction des coûts peut sembler antinomique à la satisfaction des usagers dans les soins.

La dernière caractéristique liée à la performance hospitalière provient de la nature du bien proposé. Dans le contexte reconnu complexe des soins, l'offre prodiguée est celle d'une prestation de services, ayant les caractéristiques associées à ce type d'activité. L'offre de soin apparaît ainsi comme indivisible et intangible. Cette prestation de services dépend du travail des soignants, mais également de la contribution des usagers. La nature même du service s'ajoute à la complexité de la définition du concept de la performance.

Tenant compte de ces caractéristiques, la première définition que nous pouvons donner à la performance d'un établissement de soins peut être en fonction des objectifs propres à tout hôpital public. De ce fait, un hôpital est performant s'il est en mesure de répondre efficacement aux besoins des citoyens en santé équitablement dans l'ensemble du territoire, de garantir une offre de soins de qualité, grâce à une meilleure prise en charge des usagers et aussi à veiller à une optimisation de l'efficacité économique et organisationnelle. Cette définition rejoint celle des différentes tutelles qui considèrent la performance hospitalière comme l'efficacité socio-économique (associée à une offre de soin de qualité qui répond aux besoins des citoyens en matière de la santé), l'efficacité (la qualité des soins prodigués tenant compte des ressources disponibles) et la qualité de service (en termes d'accessibilité des soins et des délais d'attente et de réponses aux demandes). [4]

Ces définitions insistent sur le fait que la performance hospitalière se mesure au niveau d'un établissement hospitalier, en termes d'efficacité ou de suivi de la qualité des soins prodigués, et aussi celui du territoire de santé, au travers l'offre régionale et nationale des soins, par la définition des stratégies sectorielles de la santé et d'allocation optimale des ressources. Mais la question qui s'impose : quels sont les modèles de la performance possibles dans ce cadre de gestion hospitalière ?

3.2 LES MODÈLES DE LA PERFORMANCE HOSPITALIÈRE

Dans la littérature, il y'a deux grandes catégories de modèles, selon qu'ils intègrent un ou plusieurs objectifs.

La théorie des organisations foisonne des modèles de la performance organisationnelle. Ce foisonnement peut s'expliquer par la richesse de la littérature en matière des théories d'organisations et leurs diversités, qui décrivent la finalité des organisations selon qu'il s'agit de l'atteinte des buts, de la qualité de ses processus internes, de l'interactivité avec son environnement interne et externe ou de sa capacité à acquérir des ressources[5]

La théorie de la contingence et l'école des choix stratégiques sont les plus adaptés au cadre de l'organisation de santé, cette dernière est considérée comme un système ouvert à son environnement, qui est en perpétuel changement. La conception d'un modèle de performance doit prendre en considération le degré de la cohérence et de congruence entre les différentes dimensions de la performance [5], [6]

Nous allons décrire d'abord les modèles unidimensionnels de la performance organisationnelle ensuite les modèles multidimensionnels.

3.2.1 LES MODÈLES À OBJECTIF UNIQUE

Nous distinguons quatre modèles : le modèle rationnel, le modèle des relations humaines, le modèle de l'adaptation et le modèle des processus.

Une série de modèles à objectif unique s'est appliquée dans le secteur sanitaire. Le premier est le modèle des objectifs rationnels ou de l'atteinte de buts, qui a été initié par (Price, 1972) [7], et appliqué au domaine de la santé par (Magnussen, 1996) [8], son objectif est de faire le suivi de l'efficacité technique (la production d'un traitement au coût le plus bas par exemple) et l'efficacité allocative, qui consiste à l'allocation optimale des ressources, en tenant compte des contraintes de disponibilité, de compétences requises et de législation du travail. Il sous-entend la résolution mathématique de fonctions à

optimiser, sous différentes contraintes, comme l'exemple de la réduction des coûts d'un service de chirurgie, en essayant de combiner au maximum les capacités des différents blocs opératoires, et la disponibilité des médecins chirurgiens.

Le second modèle est celui des relations humaines (ou des groupes d'intérêts) [9], connu par sa tendance politique, ce modèle est basé sur deux principes : la stabilité et le consensus. Une organisation est dite performante lorsqu'elle parvient à satisfaire les besoins des groupes de détenteurs d'enjeux en maintenant un climat de collaboration satisfaisant, il repose sur l'hypothèse que les organisations représentent un lieu de conflits, entre les différents acteurs. En effet, c'est important de veiller à assurer un bon climat social, et la satisfaction des différents groupes d'intérêts. Dans ce contexte, une organisation est qualifiée de performante s'elle fonctionne sans tension interne.

Un autre modèle introduit par Yutchman et Seashore [10], appelé le modèle des ressources ou le modèle de l'adaptation, et qui peut être appliqué dans les hôpitaux. Il considère l'organisation comme un système ouvert, ayant besoin de l'acquisition et le maintien des ressources pour la survie de la structure. L'enjeu de l'organisation est d'avoir suffisamment de ressources disponibles pour son développement. En effet, la performance se mesure par la capacité de l'organisation à acquérir et à maintenir des ressources.

Le dernier modèle est celui de l'efficacité des processus ou le modèle de l'analyse des processus, qui stipule qu'une organisation est qualifiée de performante s'elle est efficace dans ses processus internes de production et de décision [11]. C'est un modèle qui est largement développé au travers des approches de gestion de la qualité totale, d'amélioration continue de la qualité et de réingénierie des processus (approche de type Activity-Based Management par exemple).

Ces modèles unidimensionnels ne sont pas adaptés pour représenter la performance des organisations, et ne reflètent pas réellement et fidèlement ce construit complexe, parfois paradoxal et contingent qui résulte d'une interaction dynamique entre les forces internes et externes de l'organisation et le changement continu de son environnement. Ce qui explique la nécessité de travailler avec des modèles multidimensionnels de la performance [12], [13]

3.2.2 LES MODÈLES MULTIDIMENSIONNELS

La construction d'un modèle multidimensionnel standard était un grand défi pour les chercheurs, vu qu'il n'est pas facile à réaliser. Etant donné que les différentes parties prenantes n'ont pas toutes les mêmes objectifs, en plus du caractère paradoxal du concept de la performance.

Le premier modèle cité dans le cadre de ce travail est celui de (Siccotte et al.,1999) [12], qui permet aux organisations de s'adapter aux différents contextes, dont bien sûr celui des organisations de santé. Ce modèle est basé sur la théorie de l'action sociale [14]. Il fait l'hypothèse que la survie d'une organisation est conditionnée par l'omniprésence et le respect de la complémentarité et l'équilibre des différentes dimensions de la performance. Cette théorie stipule que toute organisation est composée de quatre fonctions essentielles : une orientation vers les buts, une interaction avec son environnement pour acquérir des ressources et s'adapter, une intégration de ses processus internes pour produire, un maintien de valeurs et normes qui facilitent et contraignent les trois fonctions précédentes. Ces quatre fonctions doivent être reliées mutuellement et le défi est de maintenir un équilibre dans leur prise en compte.

Pour une organisation hospitalière l'atteinte des buts correspond à l'amélioration de l'état de santé de la population, l'équilibre financier et l'efficacité. L'adaptation correspond à la capacité de l'organisation à acquérir des ressources, à répondre aux besoins des populations, aux attentes des collectivités, accroître son attractivité, et au potentiel d'innovation et de créativité. La génération des ressources correspond à la fonction de production de soins qui constitue l'activité principale de l'hôpital. Enfin, le maintien des valeurs et du climat organisationnel. C'est le système de valeurs qui assure la cohésion des différents acteurs de l'organisation.

Dans la même logique, le modèle du Balanced Scorecard (ou tableau de bord prospectif) [15] s'intéresse à la définition de la stratégie de l'organisation afin de la décliner au niveau de quatre principaux axes, qui sont importants dans le suivi de la mise en œuvre de la stratégie, et qui sont : un axe financier, client, processus internes, et apprentissage/innovation. Dans ce modèle, les quatre axes sont liés entre eux par des relations de cause à effet. Ce tableau de bord a comme principal objectif de suivre les quatre perspectives, et éviter qu'aucune d'entre elles ne soit défavorisée, au dépend de l'autre.

Un autre modèle important est celui de (Donabedian, 1995) [16], qui a comme principal intérêt de donner différentes dimensions au concept de la performance, à l'instar des modèles cités plus haut, mais en se focalisant cette fois-ci sur la qualité des soins prodigués aux patients, qui peut, éventuellement, être définie par la qualité technique, mais aussi par la qualité de la relation interpersonnelle entre le soignant et le soigné.

Quant au modèle de la performance globale de (Le Pogam et al., 2009) (Le Pogam et al, 2009) qui prend en compte la satisfaction, la confiance et aussi la résistance du patient. Dans ce modèle, mesurer que l'établissement de santé répond ou

non aux attentes du patient, permet de s'assurer du « capital confiance » et de la satisfaction du patient, entendue comme un processus dual affectif et cognitif. Ce concept de confiance trouve ses origines en marketing et repose sur trois points essentiels, il s'agit en l'occurrence de :

- La crédibilité pour le consommateur : c'est l'image que donne le patient à l'établissement et l'unité qui le soigne.
- L'intégrité : c'est le respect de ce qui a été annoncé, comme les effets d'un traitement administré au patient.
- La bienveillance : c'est ce qui est ressenti par l'utilisateur dans la réalisation des soins [17]. Par exemple un patient qui a perdu la confiance en l'hôpital préférera s'adresser à une clinique privée où il aura l'impression qu'il va être pris en charge correctement et être mieux soigné, témoignant ainsi de ce qu'on appelle « la résistance individuelle ou collective » pouvant remettre en cause l'attachement du patient à l'hôpital public. Ce modèle pose aussi une autre importante question, concernant l'évaluation de la performance hospitalière, qui est celle de la gestion des connaissances [4]. En effet, cette gestion de connaissances est une source de motivation du personnel soignant, par ce qu'elle représente un des éléments de reconnaissance y compris des savoirs et savoir-faire, et de la diffusion de ces savoirs. Il s'agit de la transformation des connaissances tacites en connaissances explicites par le biais du processus d'apprentissage. Ces processus permettent de favoriser l'évolution des organisations sanitaires vers des objectifs de performance.

Finalement, le dernier modèle cité dans le cadre de ce travail est le PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospital) [18], qui a été développé par l'Organisation Mondiale de la Santé, et qui se focalise sur six dimensions essentielles: l'efficacité clinique, l'efficience, la responsabilité envers les ressources humaines, la sécurité, l'approche centrée sur le patient et la responsabilité envers la population locale. Ce modèle tire son originalité de l'intérêt accordé à la responsabilité envers la population locale. Dans ce sens-là, le modèle PATH a une vision interne très en avance de la performance, au travers de ses cinq premières dimensions citées plus haut, mais aussi une préoccupation externe, au travers de sa dernière dimension, la responsabilité envers la population externe. Dans le cadre pratique, ce modèle permet de décliner les différentes dimensions en sous dimensions. Plusieurs pays européens ont mis sous l'expérience ce modèle et la France a rejoint en 2007 ce projet [19]. Le tableau ci-dessous résume les différents modèles en soulignant l'intérêt de chaque approche.

Tableau 1. Synthèse des modèles d'évaluation de la performance

Modèle	Définition de la performance	Indicateurs possibles
Modèle rationnel	- Efficience technique - Efficience allocative	Coût Montant des ressources allouées
Modèle des ressources humaines	- Qualité du climat de travail - Valeurs et normes partagées	Satisfaction du personnel Turn over Arrêt de maladie Adhésion aux projets
Modèle des ressources	- Acquisition et maintien des ressources	Embauche des personnels Montant de financement
Modèle de l'efficacité des processus	- Efficacité dans les processus interne	Taux de satisfaction des patients Rapidité dans la circulation des flux Mesure de la qualité
Modèle centré sur la qualité	- Qualité technique - Qualité interpersonnelle	La qualité des soins Relation soignant – soigné
Modèle de l'action sociale	- Atteinte des buts - Acquisition des ressources - Efficacité dans les processus interne - Valeurs et normes partagées	Taux de réalisation des buts Taux d'embauche Taux de satisfaction des patients Evaluation de l'adhésion aux projets
Modèle du tableau de bord prospectif	- Financière - Clients - Processus interne - Apprentissage organisationnel et innovation	Equilibre financier Taux de satisfaction des patients Rapidité dans la circulation des flux Le degré d'innovations et de formations
Modèle PATH	- Efficacité clinique - Efficience - Responsabilité envers les RH - Responsabilité envers la population locale - Sécurité - Approche centrée sur le patient	Equilibre financier Taux de satisfaction des salariés Taux de satisfaction de la population Indice de sécurité Taux de satisfaction des patients.

Chaque organisation de santé cherche à évaluer sa performance en se basant sur les différents modèles multidimensionnels existants dans la littérature, et par le biais des indicateurs de mesure.

4 MATÉRIEL ET MÉTHODES

Dans le cadre de ce travail, nous avons interrogé l'ensemble des intervenants dans le processus d'évaluation de la performance dans le centre hospitalo-universitaire Ibn Rochd de Casablanca et faire son suivi par le biais d'une série d'observations non participantes, et nous avons fait une recherche documentaire ciblée, afin d'en comprendre les caractéristiques tant du point de vue instrumental que managérial du concept et les différents outils utilisés dans l'évaluation de la performance hospitalière.

TERRAIN DE L'ÉTUDE

Le Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd a été créé au cours des années trente. Il est formé de quatre formations hospitalières, qui sont l'hôpital Ibn Rochd, l'hôpital 20 août 1953, l'hôpital d'enfants Abderrahim HARROUCHI, et le Centre de Consultations et de traitements Dentaires. Depuis 1983, le Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd est devenu un établissement Public, doté d'une autonomie financière, à caractère administratif (Loi n° 37-80 du 16/01/1983).¹

Les principales missions du centre sont de prodiguer une offre de soins de meilleure qualité, la formation par la participation à l'enseignement clinique universitaire médical, pharmaceutique, odontologique et biomédical, et à la formation des professionnels de la santé, et finalement la recherche scientifique, en effectuant des travaux de recherche médicale, dans le strict respect de l'intégrité physique et morale et de la dignité des patients. Toutes ces missions doivent être en conformité avec les objectifs du Ministère de la Santé.

Le CHU de Casablanca est un établissement sous tutelle du ministère de la santé, de structure organisationnelle pavillonnaire complexe, qui essaie de répondre aux besoins de la plus grande population du royaume, en coordination avec la direction régionale de la santé, cet établissement essaie d'évaluer ses performances par le biais d'une panoplie d'indicateurs centrés sur les résultats, cette évaluation passe par un ensemble d'étapes dont les plus marquantes sont le conseil de gestion et le conseil d'administration.

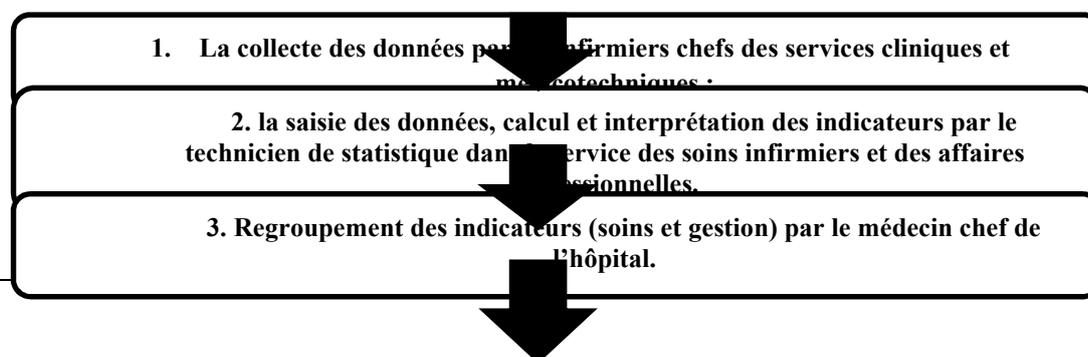
5 RÉSULTATS

D'après cette étude, nous avons constaté que le CHU Ibn Rochd adopte un processus d'évaluation et de mesure de la performance divisé en deux microprocessus, le premier se déroule dans les formations hospitalières (hôpital Ibn Rochd, hôpital d'enfants, hôpital 20 août 1953 et centre de consultations et de traitements dentaires) et le deuxième au niveau stratégique à la direction générale.

5.1 L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE AU NIVEAU DES QUATRE FORMATIONS HOSPITALIÈRES DU CHU IBN ROCHD DE CASABLANCA :

La collecte et l'analyse des données sur les activités des services hospitaliers et médicotechniques des quatre formations du CHU Ibn Rochd, permettant la mesure et l'évaluation de la performance suivent le processus suivant :

Schéma n° 1 : processus d'évaluation de la performance dans les formations du CHU Ibn Rochd de Casablanca



¹ http://www.chuibnrochd.ma/fr/chu.php?id_rub=5&id_srub=17&ty=2

4. présentation et analyses des indicateurs devant la commission médicale consultative (CMC).

La commission médicale consultative (CMC) est composée de chefs de services, chefs de clinique, chefs de clinique adjoints, chefs de laboratoire, chefs de service et validées par leurs chefs hiérarchiques, avant de les envoyer à l'administration et particulièrement au bureau des statistiques.

Encadré 1 : données collectées au niveau des services hospitaliers et médicotechniques.

<p>a. Capacité litière</p> <p>b. Admissions</p> <p>c. Admissions hôpital du jour</p> <p>d. Journées d'hospitalisation</p> <p>e. Nombres de consultations</p> <p>f. Nombres d'actes médicaux</p> <p>g. Actes médicaux : nombre de chirurgiens, interventions majeures, interventions mineures, interventions en urgence, interventions programmées, hospitalisation conventionnelle, hôpital de jour.</p>	<p>h. Actes chirurgicaux : nombre de chirurgiens, interventions majeures, interventions mineures, interventions en urgence, interventions programmées, hospitalisation conventionnelle, hôpital de jour.</p> <p>i. Actes thérapeutiques : médicaux et chirurgicaux</p> <p>j. Actes exploratoires</p> <p>k. Activités des pôles d'excellence</p> <p>l. Actes radiologiques et des laboratoires : hospitalisés et externes</p> <p>M. Mortalité.</p>
--	---

Au niveau des services, le principal rôle des infirmiers chefs est le reporting, en remontant les informations après validation du chef hiérarchique au service des soins infirmiers et affaires professionnelles. Toutes les informations collectées par les infirmiers chefs sont utilisées à but statistique et non comme outils d'aide dans le processus décisionnel.

Au niveau du service de soins infirmiers et affaires professionnelles, le technicien en statistique fait chaque mois la saisie des données et calcule les indicateurs suivants :

Encadré 2 : les indicateurs collectés au niveau du service de soins infirmiers et affaires professionnelles.

Par la suite, le technicien de statistique présente ces données sous forme de graphes et tableaux, avec des commentaires et parfois des interprétations des résultats, puis les présentent au directeur de l'Hôpital.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Taux d'Occupation Moyen (TOM) ➤ Durée Moyenne de Séjour (DMS) ➤ Taux de Rotation (TROT) ➤ K des Actes Médicaux ➤ K.C et K.A des Actes Chirurgicaux ➤ Nombre d'intervention par chirurgien | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Z des actes de radiologie : hospitalisés et externes ➤ B des actes de biologie : hospitalisés et externes ➤ Variation en pourcentage par rapport au semestre précédent et à l'année précédente pour toutes les données et indicateurs collectés. |
|--|--|

Les attributs de performance qui sont mesurés par le tableau de bord actuel du centre hospitalo-universitaire Ibn Rochd sont comme suit :

- Productivité : TOM, DMS, nombre d'intervention par chirurgien.
- Production : K des Actes Médicaux, K.C et K.A des Actes Chirurgicaux, Z des actes de Radiologie : hospitalisés et externes, et le B des actes de biologie médicale (hospitalisés et externes).
- Efficacité, qualité : TROT.

Il faut mentionner que les dimensions suivantes ne sont pas prises en compte au niveau des services cliniques et qui sont :

- La satisfaction des usagers et du personnel
- Le climat social
- Les indicateurs financiers
- Les technologies de l'hôpital.

AU NIVEAU DE LA DIRECTION DE CHAQUE FORMATION HOSPITALIÈRE

Le médecin chef se réunit chaque six mois avec les chefs des services et les différents cadres de l'administration pour présenter les indicateurs, les analyser, les comparer avec les années précédentes et prendre d'éventuelles décisions de réajustement. Par la suite, le directeur de l'hôpital regroupe les résultats (soins et gestion), les commentent et les présentent dans le conseil médical consultatif (CMC).

AU NIVEAU DU COMITÉ MÉDICAL CONSULTATIF (CMC)

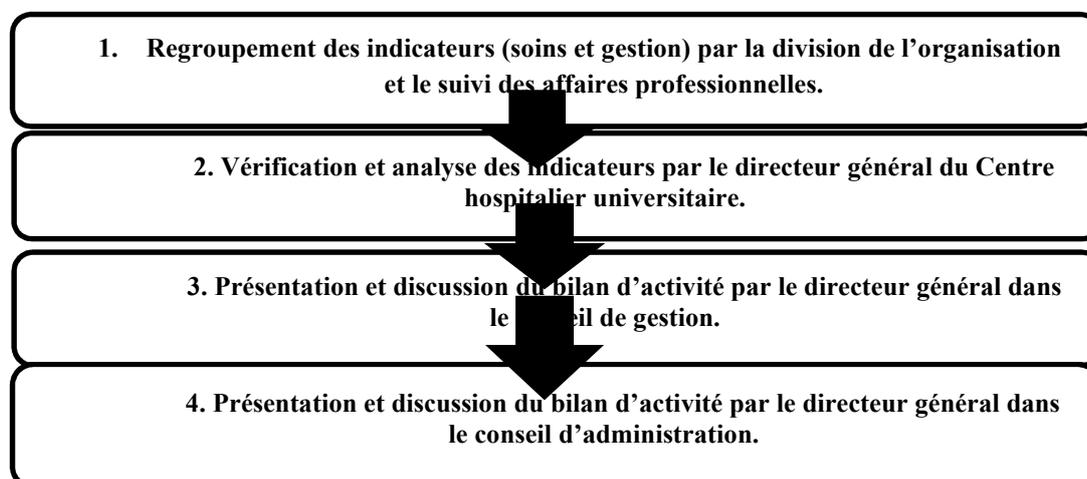
Le bilan des activités avec les différents indicateurs est présenté et discuté en présence des chefs des services hospitaliers et aussi des cadres administratifs. Tandis que, les infirmiers chefs n'assistent pas à cette réunion, en dépit de leurs apports importants dans l'élaboration des indicateurs. Dans le CMC, le résultat de chaque indicateur est comparé à celui du semestre précédent ou de l'année précédente, et en cas de détection de variation importante, le chef du service concerné est amené à justifier ces écarts.

L'analyse des indicateurs au niveau du CMC permet de prendre des décisions stratégiques, qui concernent surtout l'allocation des ressources, et aussi l'organisation de l'hôpital.

5.2 L'ÉVALUATION DES PERFORMANCES AU NIVEAU STRATÉGIQUE DU CHU IBN ROCHD DE CASABLANCA

Au niveau de la direction générale du CHU, la mesure et l'évaluation de la performance se fait selon le processus suivant :

Schéma n° 2 : processus d'évaluation de la performance au niveau stratégique à la direction du CHU Ibn Rochd :



Le chef de division de l'organisation et du suivi des affaires professionnelles regroupe l'ensemble des indicateurs des quatre formations (hôpital Ibn Rochd, hôpital 20 Août 1953, hôpital d'enfants et le centre de consultations et de traitements dentaires) et les présentent au directeur générale, ce dernier, les vérifie et les analyse, afin de les présenter au niveau du conseil de gestion en premier lieu pour avis et récolter des préconisations, avant de les réajuster et les présenter au conseil d'administration, en présence du ministre de la santé qui représente le chef de gouvernement, ainsi que les représentants de plusieurs instances (ministère de finance, ministère de l'intérieur, la direction régionale de la santé....)

Le CHUIR mesure ses performances à des fins :

- Réduction des coûts
- Pilotage interne de ses structures

- Régulation institutionnelle
- Mise en concurrence interne et externe
- Amélioration de la qualité des services rendus aux usagers.

Dans le bilan d'activités semestriel, la performance du CHUIR est comparée par rapport aux années précédentes pour analyser et expliquer les écarts et les insuffisances et proposer des solutions adaptées. Le monitoring est réalisé et discuté tous les six mois lors de la présentation du bilan d'activité et lors de la réunion de la commission médicale consultative au niveau des formations hospitalières du CHUIR.

6 DISCUSSION

Le PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospital) [18] initié par l'OMS est le modèle le plus adapté au contexte de l'hôpital, et qui se base sur six dimensions centrales dans l'évaluation de la performance hospitalière: l'efficacité clinique, l'efficacité, les responsabilités envers les ressources humaines et la population locale, la sécurité et une approche centrée sur le patient. Ce modèle est une alliance regroupant les différents modèles unidimensionnels ; le modèle rationnel, des relations humaines, des ressources, des processus internes.

Le Centre Hospitalier Universitaire Ibn ROCHD (CHUIR) mesure et évalue sa performance de manière traditionnelle. Le tableau de bord actuel ne répond pas aux besoins des responsables à tous les niveaux dans le suivi de l'exécution des plans d'actions contenues dans le projet d'établissement hospitalier (PEH). Autrement dit, l'organisation actuelle du centre ne permet pas de faire un suivi continu et un véritable pilotage de sa performance pour mener des actions préventives et correctives dans les services concernés au moment opportun, sans être obligé d'attendre la fin de l'année pour en faire le bilan par la direction générale.

Une analyse préliminaire de la structure du bilan d'activités du CHU Ibn Rochd a montré que ce document ne permet pas le pilotage et la communication de la stratégie de l'hôpital. Il n'inclue que les indicateurs de résultats qui décrivent les réalisations passées et ne dispose pas d'indicateurs avancés (de processus) qui traduisent le degré de mise en œuvre de la stratégie contenue dans le Projet d'Etablissement, et aussi la façon de réalisation des objectifs. Et ne prends pas en considération l'avis de l'ensemble des collaborateurs surtout le corps infirmier qui constitue la majorité des ressources humaines et qui travaillent quotidiennement auprès du patient.

On note aussi l'absence des enquêtes de satisfaction des clients internes (le personnel) et les indicateurs de mesure du climat social, pour mener des actions permettant d'atteindre un grand niveau de motivation. Comme il ne contient pas d'indicateurs qualitatifs ni d'indicateurs sur les activités paramédicales, les indicateurs sur la gestion des services hospitaliers, la formation et la production scientifique font aussi défaut. Pour le patient, la direction se prétend dire qu'elle fait en permanence des enquêtes de satisfaction auprès des usagers, mais malheureusement elle refuse de nous donner le rapport pour analyse.

Dans les services hospitaliers, l'infirmier chef responsable de la gestion sous contrôle du chef de service, dispose de peu d'éléments de contrôle pour lui permettre d'évaluer sa performance qu'elle soit quantitative ou qualitative. Le principal rôle des infirmiers chefs dans l'évaluation des performances est d'assurer le rôle de reporting des données au service des soins infirmiers et affaires professionnelles, et c'est à ce niveau que les indicateurs sont calculés. Les tableaux de bord des services ne sont que des tableaux d'affichage, et les infirmiers chefs ne disposent pas d'indicateurs de suivi de leurs activités et n'ayant pas les compétences ni les qualités requises dans ce domaine.

Et pour faire face à cette situation, le CHUIR a initié un projet d'implantation d'un système d'information hospitalier qui vise l'informatisation du dossier et sa gestion administrative, la production de soins, le circuit de médicament, ainsi que la production de tableaux de bord en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et de maîtriser les flux et les coûts, mais cela reste limité vu qu'il n'y a pas un véritable accompagnement permettant d'impliquer l'ensemble des collaborateurs, abstraction faite, de leurs niveaux hiérarchiques surtout les infirmiers chefs qui doivent être impliqués dans le processus d'une manière active et être capable de faire un vrai travail tactique. En outre, Le Centre Hospitalo-Universitaire Ibn ROCHD a engagé d'autres actions visant l'amélioration de sa gestion, dont on cite, entre autres la certification de la direction, la conception d'un nouveau tableau de bord pour l'Hôpital. Néanmoins, Il est nécessaire pour l'infirmier-chef de disposer systématiquement d'un ensemble d'informations, de faire état de la gestion de l'unité, de maîtriser les activités par le réajustement des moyens organisationnels et ce, dans le but de mettre en place le processus organisationnel adéquat aux exigences du système unités de soins [20].

7 CONCLUSIONS

Dans le bilan d'activité, les indicateurs sont centrés résultat et sont calculés à but statistique au niveau des unités de soins et utilisés comme des outils d'aide à la prise de décisions pour la direction de l'hôpital.

Pour être performant, l'organisation doit disposer d'un tableau de bord qui constitue une aide à la décision, favorise le suivi des soins infirmiers et évalue les ressources, structures humaines et matérielles, formation et organisation, l'interprétation des relations entre les résultats, coûts et efficacités, en vue d'assurer le cheminement vers une performance globale.

Le tableau de bord représente un support aidant le gestionnaire des services à piloter son unité c'est-à-dire à atteindre les objectifs fixés par le service et qui s'alignent avec les objectifs de la direction de l'Hôpital tout en veillant au fonctionnement optimal de son service, ce tableau de bord doit contenir des indicateurs qui reflètent fidèlement la réalité de l'organisation. Sachant qu'un bon indicateur est une information, généralement chiffrée, choisie pour rendre compte, à intervalle rapprochés, de l'exécution d'une mission.[21].

Pour être un outil de l'analyse de gestion, les caractéristiques des indicateurs sont :

- Rapide : l'information doit être fournie rapidement sinon l'action correctrice ne pourra être mise en place suffisamment tôt pour corriger la trajectoire et atteindre l'objectif.
- Simple : plus l'indicateur est simple, plus il est compréhensible et d'interprétation rapide. Son évaluation ne doit pas être basée sur des calculs complexes.
- Significatifs : Les phénomènes doivent être significatifs soit par eux-mêmes soit comme symptômes.
- Fiable : les indicateurs mesurés doivent varier dans les mêmes proportions que les phénomènes mesurés et être indépendants des changements de responsable.
- Utile : le but de l'indicateur est l'action.
- Homogènes : afin de permettre la communication, il est nécessaire d'adopter une terminologie commune.
- Cohérents : la définition de l'indicateur est invariable dans le temps et l'espace.

La question qui s'impose est : est-ce que la situation actuelle des organisations de santé marocaines permet-elle de mettre en place un tableau de bord hospitalier ? Et si oui, est-ce qu'il y aura un engagement des collaborateurs, surtout que le secteur actuellement vit au rythme des protestations.

RÉFÉRENCES

- [1] C. Dos Santos et M. Mousli, « Quel pilotage de la performance par les tableaux de bord à l'hôpital public ? À propos d'un cas français », *Recherches en Sciences de Gestion*, vol. 115, n° 4, p. 127, 2016.
- [2] Z. Belghiti, « Le Balanced Scorecard : outil de pilotage stratégique : recherche action au centre hospitalier régional KENITRA. », Ecole nationale de santé publique, Rabat, 2013.
- [3] A. BELGHITI, ALAOUI, « PLANIFICATION STRATEGIQUE A L'HOPITAL », vol. 72, Rabat 2001.
- [4] M. A. Le Pogam, C. Luangsay-Catelin, et J.-F. Notebaert, « La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent », *Management & Avenir*, vol. 25, n° 5, p. 116, 2009.
- [5] K. S. Cameron, « Organizational Effectiveness », *Organizational Effectiveness*, p. 5.
- [6] O. A. Arah, « Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 15, n° 5, p. 377-398, oct. 2003.
- [7] J. L. Price, « The Study of Organizational Effectiveness », *The Sociological Quarterly*, vol. 13, n° 1, p. 3-15, janv. 1972.
- [8] J. Magnussen, « Efficiency measurement of the operationalization of hospital production », *Health Services Research*, vol. 31, n° 1, p. 21-37, 1996.
- [9] T. CONNOLLY, D. CONLON J., et S. DEUTSCH J., « Organizational effectiveness: a multiple constituency approach », *Academic of Management Review*, vol. 5, n° 2, p. 211-215, 1980.
- [10] J. B. Cunningham, « A Systems-Resource Approach for Evaluating Organizational Effectiveness », *Human Relations*, vol. 31, n° 7, p. 631-656, juill. 1978.
- [11] K. S. Cameron, « Measuring organization effectiveness in institutions of higher education. Administrative », *Administrative Science Quarterly*, vol. 23, p. 604-632, 1978.
- [12] C. Sicotte, F. CHAMPAGNE, et A. CONTANDRIOLOPOULOS, « La performance organisationnelle des organismes publics de santé », *Revue transdisciplinaire de Santé*, vol. 6, n° 1, p. 34-46, 1999.
- [13] C. Sicotte *et al.*, « A Conceptual Framework for the Analysis of Health Care Organizations' Performance », *Health Services Management Research*, vol. 11, n° 1, p. 24-41, févr. 1998.

- [14] T. Parsons, T. Burger, et J. Toby, « Social Systems and the Evolution of Action Theory. », *Social Forces*, vol. 57, n° 1, p. 308, sept. 1978.
- [15] R. S. Kaplan et D. P. Norton, « The Balanced Scorecard—Measures that Drive Performance », p. 10, 1992.
- [16] A. Donabedian, « Explorations in quality assessment and monitoring the method and finding of quality assessment and monitoring », *Health Administration Press*, vol. 2, 1985.
- [17] P. Gurviez et M. Korchia, « Proposition d'une échelle de mesure multidimensionnelle de la confiance dans la marque », *Recherche et Applications en Marketing*, vol. 17, n° 3, p. 41-61, sept. 2002.
- [18] O. Groene, N. Klazinga, V. Kazandjian, P. Lombrail, et P. Bartels, « The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): An Analysis of the Pilot Implementation in 37 Hospitals », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 20, n° 3, p. 155-161, mars 2008.
- [19] Haute autorité de la santé, « Rapport d'activité 2007 », France, 2, 2007.
- [20] M. HUBINON, *Management des unités de soins, de l'analyse systématique à l'évaluation de la qualité*. De Boeck Supérieur, 1998.
- [21] J. de Guerny, J.-C. Guiriec, et J. Lavergne, *Principes et mise en place du tableau de bord de gestion.*, 6eme édition. Paris: Delmas, 1990.