

**Recherche-Intervention : Démarche méthodologique de
construction de tableau de bord de la performance
hospitalière -CHU Mohammed VI d'Oujda**

**Intervention research: Methodological approach to the
construction of hospital performance dashboard-
Mohammed VI University hospital of Oujda**

MARKAOUI Kawtar

Doctorante

Laboratoire en Gestion Appliquée et Intelligence Marketing
Ecole Nationale de Commerce et de Gestion
Université Mohammed Premier
Oujda, Maroc
kawtar.encgo@gmail.com

HASSINE Mostafa

Enseignant chercheur

Laboratoire en Gestion Appliquée et Intelligence Marketing
Ecole Nationale de Commerce et de Gestion
Université Mohammed Premier
Oujda, Maroc
hassinemostafa@yahoo.fr

Résumé :

Les établissements de santé sont soumis à de nombreuses contraintes qui leur imposent de mieux maîtriser leur performance. La littérature relative aux outils de mesure de la performance hospitalière est peu fournie et propose généralement des modèles prédéterminés d'indicateurs de pilotage du système global qui sont peu ou pas adaptés pour des approches spécifiques de services hospitaliers. Cet article présente une recherche-intervention menée au CHU Mohammed VI d'Oujda dont l'objectif est de pallier à ce manque existant au sujet des outils de mesure de la performance hospitalière en proposant une démarche générique de construction de tableau de bord d'évaluation de la performance correspondant à chaque cas particulier (service, organisation...). Les résultats produits par cette recherche constituent des connaissances qui sont utiles, à la fois, aux acteurs hospitaliers (Médecin, administrateur hospitalier ..) et intéressantes du point de vue des sciences de gestion.

Mots-clés : *Hôpital, Recherche-intervention, Performance, tableau de bord, indicateur*

Abstract : Healthcare facilities often face several issues that require them a better control of their performances, the available data related to the tools and mechanisms used in measuring their performance are poorly provided and are in most cases, predetermined indicators of the global system that are less likely to be adopted as specific approaches to hospital services. This article introduces a new research intervention guided within the University hospital Mohammed VI - oujda. It's soul purpose is to alleviate the lack in terms of measurement tools by setting a new approach based on a dashboard of performance's evaluation to each particular case (service, organization ...). The conclusions resulting from this research represent a very useful knowledge for the many actors on the field (physicists, administrators..) and utterly interesting when it comes to management sciences.

Keywords: *Hospital, Research-intervention, Performance, dashboard, indicator*

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, les établissements de santé publique sont confrontés à des contraintes de plus en plus strictes (Benchikha & Chouam, 2018). Les dépenses de santé ont fortement augmenté, et généralement, de manière plus rapide que la croissance du produit intérieur brut. Une croissance due aux progrès des techniques médicales, à l'apparition de nouvelles pathologies, à la montée en charge des pathologies chroniques, aux vieillissements des la population etc... Un tel contexte ne permet plus à l'établissement hospitalier de faire économie d'un travail d'amélioration de la performance afin de palier à cette situation économique de plus en plus instable.

Les hôpitaux expriment alors impérativement le besoin de développer des outils opérationnels de pilotage et de mesure de la performance, essentiellement dans les services de soins fort consommateur de ressources tel que les services de chirurgie. Seulement, la littérature propose généralement à ce sujet des indicateurs prédéterminés de performance du système globale de santé qui sont peu ou pas adaptable à chaque service de l'établissement hospitalier. Comment remédier donc à ce manque existant au sujet des modèles de pilotage de la performance hospitalière ?

L'objectif de cet article est de développer une méthodologie d'aide à la construction de tableau de bord de performance pour les services hospitalier en proposant une démarche générique qui permette à chaque organisme et/ou service de constituer un tableau de bord propre à ces spécificités.

La première partie de notre article aborde les thèmes de la performance hospitalière. Noyau de cette recherche, la performance est un concept aussi vaste, qu'insaisissable (Champagne et al. 2004) que nous tentons de définir .Nous abordons par la suite les notions d'indicateurs et de tableau de bord, outils de mesure de la performance. La seconde partie de notre article justifie le positionnement épistémologique dans le quel s'inscrit ce travail et les outils de recherche utilisés pour le réaliser. La troisième partie décrit chacune des étapes de notre démarche d'élaboration du tableau de bord de la performance hospitalière. Pour conclure nous présentons les résultats auquel nous sommes parvenus en termes de modalisation des systèmes du service étudié, des indicateurs et du tableau de bord de performance élaboré.

1. Revue de littérature relative à la performance hospitalière

1.1 La performance : un concept polysémique

La performance est une notion centrale du contrôle de gestion, au nom de laquelle est mis en œuvre l'ensemble des dispositifs techniques de la discipline (Berland, 2014). Etymologiquement, le mot performance vient de l'ancien français parformer qui, au XIII^e siècle, signifiait "accomplir, exécuter" (Petit Robert). Au XV^e siècle, il apparaît en anglais avec to perform dont vient le mot de performance. Contrairement à son sens français, la performance en anglais «contient à la fois l'action, son résultat et éventuellement son exceptionnel succès» (Bourguignon, 1995, p.62).

La performance a toujours été une notion ambiguë. Selon Louart (1996, p.3), c'est une notion polysémique. Que l'on parle de performance financière, sociale, organisationnelle, sportive... le mot performance prend un sens tout à fait différent dépendamment du contexte dans lesquelles il est utilisé. Il collectionne les sens selon les occasions (Louart, 1996, p.3)

Dans son acception gestionnaire, la performance est définie comme la capacité à atteindre des objectifs. Pour ce faire, l'organisation doit mobiliser de manière optimale des ressources, traduisant ainsi un lien entre performance, efficacité et efficience (Bchini, 2005). Selon Louart (1999), l'efficacité peut se définir comme l'atteinte des résultats et l'efficience comme l'utilisation optimale de moyens pour atteindre les résultats.

1.2 La performance hospitalière : définition

Selon le Bureau régional européen de l'Organisation Mondiale de la Santé avec son projet Performance Assessment Tool for Quality improvement in Hospitals (PATH) : [Traduction] «Un niveau satisfaisant de performance dans les hôpitaux réfère au maintien d'un fonctionnement qui correspond aux normes sociétales et professionnelles et à celles concernant les patients.

Un niveau de performance élevé dans les hôpitaux devrait se fonder sur les compétences professionnelles en relation avec les connaissances actuelles, sur les ressources et les technologies disponibles, sur l'efficience de l'utilisation des ressources, sur les risques minimaux pour les patients, sur la réactivité des patients, et sur une contribution maximale aux résultats en matière de santé.

Au sein de l'environnement des soins de santé, la performance élevée dans les hôpitaux devrait davantage aborder la réactivité aux besoins et aux exigences de la collectivité,

l'intégration des services dans l'ensemble du système de prestation des services, et un engagement soutenu envers la promotion de la santé.

Une performance élevée des hôpitaux devrait être évaluée en fonction de l'accessibilité des services hospitaliers à tous les patients, sans égard aux barrières physiques, culturelles, sociales, démographiques et économiques » (OMS, 2004)

Au Québec, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du reprend également la définition de la performance de l'OMS qu'elle définit comme « obtenir les meilleurs résultats possibles compte tenu des ressources disponibles » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000 : 3).

Au Royaume-Uni, le Département de la santé a développé le NHS¹ Performance Assessment Framework, système unifié de mesures et d'évaluation de la performance qui définit la performance comme [Traduction] «la provision de services efficaces et efficaces, appropriés et en temps opportun pour répondre aux besoins locaux de santé » (NHS Executive, 1999 : 4). Plus concrètement, améliorer la performance signifie pour l'hôpital de faire les bonnes choses, de la bonne manière, au moindre cout, au bon moment, compte tenu des différentes contraintes. Mais pour cela, les indicateurs de performance doivent être définis.

1.3 Outils de mesure de la performance

1.3.1 Indicateurs

Alors que dans le secteur de l'économie, la recherche du profit représente à la fois l'objectif poursuivi et le principal indicateur de performance, dans les secteurs à but non lucratif, comme celui du secteur public de la santé, la recherche de profit n'est aucunement un indicateur de performance (Labrie, 2005) .Cependant, des gains d'efficience² sont souhaitables pour augmenter la performance de tout type d'organisation. Pour ce faire, des objectifs, des critères et des indicateurs de performance doivent être déterminés. Voyons alors ce qu'est un indicateur.

Pour Lorino (2001), il s'agit d'une « information devant aider un acteur, individuel ou plus généralement collectif, à conduire le cours d'une action vers l'atteinte d'un objectif ou devant lui permettre d'en évaluer le résultat ». Voyer lui, définit l'indicateur comme « un élément ou un ensemble d'éléments d'information significative, un indice représentatif, une statistique ciblée et conceptualisée selon une préoccupation de mesure. Il résulte de la collecte de

¹ NHS : National Health Service

² Efficience : Rapport entre le résultat obtenu et les ressources utilisées. Capacité de produire un effet positif
Définitions Normalisées (Iso 9000)

données sur un état, sur la manifestation observable d'un phénomène ou sur un élément lié au fonctionnement d'une organisation » (2002, p.61).

Guerny, Guicier et Lavergne (1986), soulignent dans ce sens, que pour être bon, l'indicateur, doit posséder les mêmes qualités que l'objet de mesure. Il se doit donc d'être fidèle et objectif dans le temps et dans l'espace, ne pas pouvoir être biaisé ou manipulé au gré des utilisateurs et doit varier au rythme du phénomène mesuré. Les meilleurs indicateurs de performance doivent être calculés à l'aide de données faciles à recueillir. Il est impératif qu'ils soient précis. Par précision, on entend une précision dans sa conception, dans sa formulation et dans son interprétation (Voyer, 2002, p.69). Relié aux objectifs, simple, précis et illustré dans un tableau de bord, sont autant de caractéristiques retrouvées dans les bons indicateurs. Mais au fait, qu'est ce qu'un tableau de bord ?

1.3.2 Le tableau de bord

Le tableau de bord occupe une place spécifique au sein de l'instrumentation du contrôle de gestion. Gray et Pesqueux (1991) le définissent comme «un outil de gestion centré sur le suivi des objectifs, il sert à évaluer les performances réelles de l'entreprise par rapport aux objectifs prédéfinis par le système de gestion».

Selon Bouquin (2001, pp. 397-398), le tableau de bord est un instrument d'action composé d'un « ensemble d'indicateurs peu nombreux pour permettre aux gestionnaires de prendre connaissance de l'état et de l'évolution des systèmes qu'ils pilotent et d'identifier les tendances qui les influenceront sur un horizon cohérent avec la nature de leurs fonctions ».

On distingue généralement deux types de tableau de bord : stratégique et opérationnel. Les tableaux de bord stratégiques sont des systèmes d'indicateurs qui permettent de mesurer la performance globale de l'organisation. « Ils permettent de clarifier les objectifs stratégiques et les traduire en valeurs cibles concrètes et assurent donc un déploiement de la politique générale à l'intérieure de l'organisation et un retour d'expérience sur la stratégie pour l'affiner progressivement» (Gervais, 2009, p.665). Les tableaux de bord opérationnels pilotent quant à eux le déploiement du plan stratégique. D'après Feisthammel et Massot (2005), ils permettent de piloter les données comptables et financières, les paramètres de production ou de prestations des services, la qualité finale des produits ou services et l'amélioration continue des processus internes de l'entreprise.

2. Design de la recherche

2.1 La recherche- intervention

Selon Perez (2008), la recherche-intervention est une méthode née d'une double insatisfaction: D'une part, l'insatisfaction ressentie par les utilisateurs à l'égard des connaissances produites par les sciences de gestion pour l'absence d'interactivité entre les chercheurs et les praticiens conduisant à la production de connaissance générale, théorique et peu ou pas utilisable sur le terrain pour permettre de résoudre les problèmes concrets des organisations. D'autre part, par les chercheurs, qui constatent un certain éloignement des sciences de gestion par rapport aux problèmes concrets rencontrés par les acteurs de terrain et déplorent le caractère souvent théorique et abstrait des modèles explicatifs proposés.

La recherche intervention permet de dépasser ses limites en abordant une démarche fondée sur une forte interaction entre le chercheur et les acteurs de terrain -l'hôpital-, permettant la production de connaissances 'actionnables' qui soient utiles, à la fois, aux acteurs de terrain et intéressantes du point de vue des sciences de gestion.

2.2 Le terrain de recherche

La recherche a été réalisée au sein du service de traumatologie-orthopédie du CHU Mohammed VI d'Oujda. Cet établissement public constitue le cinquième Centre Hospitalo-Universitaire du Royaume, il offre des soins dans diverses spécialités, avec une capacité litière totale de 673 lits, réparti en quatre hôpitaux : l'hôpital des spécialités (380 lits) , l'hôpital mère et enfant (140 lits) , l'hôpital d'oncologie (45 lits), l'hôpital de la santé mentale et des maladies psychiatriques (108 lits).

2.3 Les modes de collecte d'informations

La recherche-intervention peut associer diverses méthodes de recueil d'information. Toutefois l'approche qualitative se taille la part du lion. Dans ce sens, les modes de collectes de données ont été les suivants : les entretiens semi-directifs réalisés au près de différentes catégories professionnelles (contrôleurs de gestion, administrateurs, médecins, infirmiers, pharmaciens) l'analyse documentaire et l'observation non participante.

Tableau 1: Tableau récapitulatif de la population-cible

	Population cible	Personnes rencontrés	Pourcentage de réalisation
Contrôleur de gestion	2	2	100%
Responsable des affaires infirmières	1	1	100%
Responsables des ressources humaines	1	1	100%
Infirmiers du service de traumatologie	6	4	66,67%
Infirmier Major du service de traumatologie	1	1	100%
Médecin chef du service de traumatologie	1	1	100%
Professeur au service de traumatologie	2	1	50%
Médecin résident au service de traumatologie	9	8	88,89%
Total général	23	19	82,60%

Source : Réalisé par nos soins

3. Démarche méthodologique

L'analyse bibliographique que nous avons menée et notre propre expérience nous a conduit à définir une démarche globale s'articulant selon quatre étapes :

3.1 Détermination des objectifs du service

Les objectifs doivent être clairement définis et être en concordance avec la mission générale de l'organisme de santé. La détermination des objectifs de performance des établissements hospitaliers est bien documentée dans la littérature (world health organization 2000 ; Bonvoisin F et al. 2007). Globalement, un établissement de santé met en œuvre 3 finalités (Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier, 2005):

- Répondre aux besoins de santé tels qu'ils s'expriment dans le cadre du territoire de santé auquel il appartient, conformément aux orientations du schéma régional d'organisation sanitaire ;
- Assurer la qualité de son activité, dans le cadre notamment d'une meilleure prise en charge du patient;
- Optimiser son efficacité économique et organisationnelle

Ces trois finalités restent valables quel que soit l'établissement. Elles varient plus ou moins en fonction de sa typologie et son contexte.

3.2 Description des processus

3.2.1 Qu'est-ce qu'un processus ?

La normalisation s'est emparée de la notion de « processus ». Dans ce cadre, la notion est centrale. A titre d'exemple, La norme Internationale ISO 9001 dans sa version 2015 encourage les entreprises à adopter une « approche processus » lors de la mise en œuvre de leurs démarches qualité. L'ISO 9001 : 2008³ définit le processus comme représentant « toute activités utilisant des ressources et géré de manière à permettre la transformation des éléments d'entrée en éléments de sortie ».

En plus de mettre cette notion au centre de sa démarche, la normalisation définit une typologie et propose trois types de processus. Les processus *support, de management et de réalisation*, qui se décomposent ici en trois étapes (Direction Régionale des Affaires Sanitaires, 2007):

- **La phase préopératoire** qui se définit comme étant la prise en charge du patient hospitalisé jusqu'à la porte du bloc opératoire.
- **La phase per opératoire** qui va de l'entrée du patient au bloc opératoire jusqu'à sa sortie du bloc (après son passage en Salle de Surveillance Post Interventionnelle).
- **La phase post opératoire** recouvre l'ensemble des soins reçus par le patient après sa sortie du bloc.

3.2.2 Modélisation des processus

La modélisation du processus de prise en charge du patient, des processus de soins sous-jacents et des interrelations entre ces processus permet à chacun de mieux connaître son rôle et facilite cette nécessaire coordination des acteurs amenés à intervenir sur le même patient. Ainsi La coordination de ces nombreux intervenants avec des profils et des métiers hétérogènes est absolument nécessaire pour assurer la qualité et la continuité des soins. (Bastide et al. 2010)

Selon Benabdejlil (2016), modéliser un processus, signifie le décrire ou le représenter de manière scientifique et systématique afin d'en étudier l'évolution, d'en simuler les variantes en modifiant certains paramètres, tout cela afin de comprendre et expliciter son fonctionnement. La formalisation permet d'améliorer les résultats et, plus précisément, de rationaliser les

³La norme ISO 9001 version 2008 spécifie les exigences relatives au système de management de la qualité.

différentes interventions des professionnels de santé, de réduire la variabilité des pratiques et de suivre et évaluer les écarts de mise en œuvre.

3.2.3 La modélisation d'entreprise et la méthodologie GRAI

Un modèle d'entreprise a pour objectif de formaliser tout ou partie de l'entreprise dans le but de comprendre ou d'expliquer une situation existante ou pour réaliser puis valider un projet conçu (Braesch et al., 1995), mais ne nous fâchons pas dès ces premières lignes ; rappelons le ,l'entreprise est le regroupement de moyen matériels et humains combinés pour produire des biens et des services , en ce sens là, l'hôpital est donc bien une entreprise.

Même si pendant longtemps, seule la production de produits tangibles était envisagée, la tendance de ces derniers temps est de prendre en considération également et de la même façon la production de services (hôpitaux, enseignement, administration, ...).

La recherche présentée dans ce papier s'intègre dans le cadre de cette extension du domaine d'application de la modélisation d'entreprise.

La méthodologie GRAI, Graphes et Réseaux d'Activités Inter-reliés, s'inscrit dans ce cadre, et s'appuie sur une approche systémique qui décompose l'entreprise en trois sous systèmes (Vallespir, 2002) : le système physique ou système opérant, le système de décision et le système d'information .Pour représenter ces sous-systèmes, la méthode GRAI utilise deux outils :

- Le réseau GRAI qui donne une vue détaillée des activités opérées à l'intérieur du système physique de production
- La grille GRAI qui donne une vue d'ensemble des systèmes informationnel et décisionnel et apporte une vision globale et macroscopique de la structure du système étudié.

3.3 Identification des inducteurs de performance

Contrairement aux 'indicateurs', la littérature traitant de la notion d'inducteur est beaucoup moins fournie. Cependant il est très important de savoir associer un inducteur à un indicateur de performance. « Un inducteur de performance est un facteur influençant la performance d'une activité ou d'un processus entiers. Dans une démarche d'aide à la décision, c'est la variable d'action sur laquelle on peut agir et décider afin de faire évoluer le processus et de mieux atteindre l'objectif » (Addouch, Dafaoui, El mhamedi 2005). Ils constituent donc les facteurs qui influent de façon significative sur l'atteinte des objectifs de l'activité ou du processus étudié.

Pour identifier les inducteurs de performance nous appliquons une méthode de travail préconisée par Lorino (2001) à travers le déploiement des objectifs sur les processus. Concrètement, il s'agit d'identifier l'ensembles des objectifs et processus et d'obtenir des réponses aux questions suivantes :

- le processus X permet il d'atteindre l'objectif N ?
- comment le processus X peut il impacter la réalisation de l'objectif N ?

Les réponses à ces questions sont représentées puis analysées au moyen d'un outil matriciel simple qui croise objectifs et processus. Cette analyse de cause à effet permet d'identifier les inducteurs pertinents et de les associer par la suite aux indicateurs de performance

3.4 Etablissement des indicateurs de performance et conception du Tableau de bord

Après une démarche logique de modélisation, l'application d'une approche participative, en développant un dialogue entre les différents acteurs du terrain, favorisera l'expression des indicateurs de performance associés à chaque inducteur identifié au terme de l'étape précédente.

Une fois les indicateurs choisis et sélectionnés les sources d'information à disposition, intervient l'étape de conception proprement dite du tableau de bord.

4. Expérimentation et résultat

4.1 La détermination des objectifs du service de traumatologie

Il était nécessaire de partir de la loi n°70-13 relative au centre hospitalo-universitaire⁴ qui détermine les missions du CHU que sont ; le soin, la formation et la recherche scientifique mais aussi du plan d'action du CHU qui fixe les objectifs stratégiques de l'établissement, en terme d'actions à entreprendre afin de remplir au mieux ses missions.

La déclinaison de ses objectifs stratégique s'est faite de manière pyramidale. Car les objectifs et actions de l'établissement doivent correspondre et être en cohérence avec ceux de ses services, en l'occurrence le service de traumatologie. Les services détiennent assurément une marge de manœuvre pour gérer quelques objectifs décidés localement mais pas au détriment des objectifs définis en rapport avec la stratégie globale.

La déclinaison de la stratégie au niveau opérationnel a permis d'identifier cinq objectifs majeurs : **1° Améliorer la qualité des soins 2° Gérer les risques 3° Maitriser la performance de l'activité 4° Optimiser la gestion des Ressources Humaines 5° Augmenter les revenus et maitriser les couts**

⁴ Dahir n°1-16-62 du 17chaabane 1437(24mai 2016) portant promulgation de la loi n°70-13 relative aux centres hospitalo-universitaires.

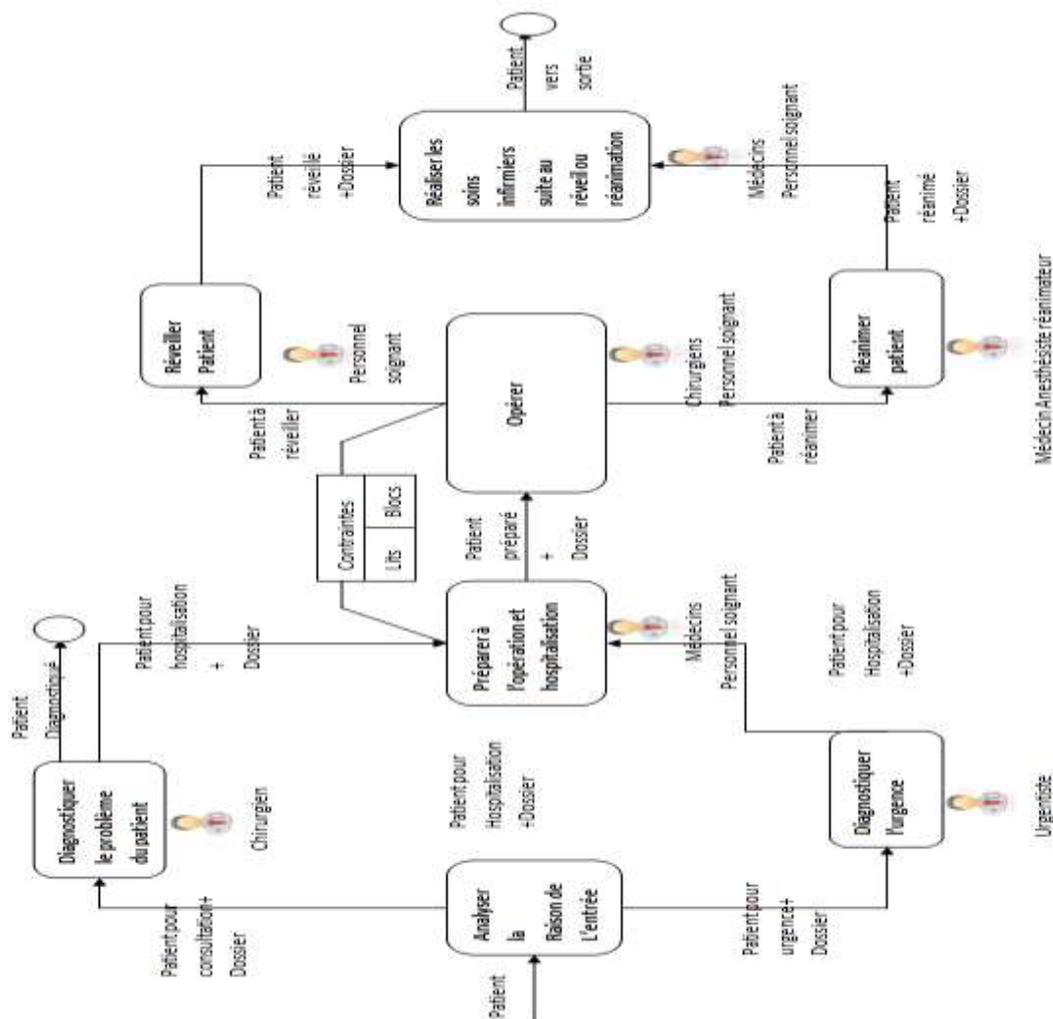
4.2 La description des processus

Le fonctionnement du service de traumatologie du CHU, est décrit à l'aide la grille GRAI qui modélise le système informationnel et décisionnel et du réseau GRAI qui modélise le système physique du service.

4.2.1 La modélisation du système physique

Le système physique au niveau du service de traumatologie est représenté en figure 1. Le modèle de ce système montre un grand nombre d'activités et d'intervenants dans le processus de prise en charge du patient. On y voit que les principaux flux correspondent au patient et à son dossier. Ils sont en effet « transformés » tout au long du processus. Ce diagramme souligne également les contraintes imposées par les disponibilités en termes de lits et de bloc opératoire sur la fluidité du processus. C'est pourquoi la gestion de ces capacités est un point important que nous allons visualiser dans les modèles décisionnels.

Figure 1. Modèle du système physique de l'établissement



Source : Réalisé par nos soins

4.2.2 La modélisation du système décisionnel

La grille GRAI, représentant le système décisionnel au niveau du service de traumatologie est représenté en figure 2, est une matrice dont les colonnes représentent les fonctions du système de production et dont les lignes représentent les niveaux de décomposition décisionnelle (Stratégique->Tactique->Opérationnel ->Temps Réel), ce qui permet de coordonner la vue fonctionnelle de l'organisation (axe horizontal) et la vue processus par niveau de décision (axe vertical).

A l'intersection d'une ligne et d'une colonne, c'est-à-dire à la jonction d'une fonction et d'un niveau décisionnel, on trouve les centres de décision qui représentent l'ensemble des activités d'une fonction donnée, à un niveau temporel donné.

Huit fonctions ont été retenues au niveau du service de traumatologie. Six d'entre sont associées à l'ensemble du système hospitalier. La grille fonctionnelle permet ainsi d'analyser l'intégration décisionnelle entre ces fonctions, facteur de performance primordiale pour l'établissement.

Afin de mieux appréhender le fonctionnement du processus de prise en charge au service, la décomposition temporelle de la prise de décision que nous retiendrons est la suivante :

- Niveau 1 : préopératoire
- Niveau 2 : Préopératoire
- Niveau 3 : Postopératoire

Les centres de décisions communiquent entre eux selon deux types de flux : décisionnel et informationnel. Graphiquement, ils sont différenciés :

- Un flux physique est représenté par une flèche rouge
- Un flux d'information représenté par une flèche bleu.
- IE.i ,II.i : (i) indice de décomposition temporelle
- Fk.i : fonction Fk, pour l'horizon i

Figure 2. Modèle du système décisionnel global au niveau du service de traumatologie

	Informations externes	Gérer le flux patient	Gérer l'activité médicale (consultation)	Planification	Gérer l'unité de soin (hospitalisation)	Gérer le bloc opératoire	Gérer le matériel Et produits consommables	Gérer les ressources humaines	qualité	Informations Internes
	IE	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	II
Préopératoire	Demande du patient	Accueillir le patient	- consulter - soigner - renseigner le dossier patient	programmer : - Les entrées - les interventions - les sorties	- hospitaliser - soigner - renseigner le dossier patient	Programmer la salle opératoire	- Vérifier les péremptions - Approvisionner les produits et consommables médicaux	Ajuster les effectifs à la charge planifiée	Protocole de soin	Taux d'occupation (lit/bloc)
Per opératoire				Suivre et réaliser le planning		- Opérer - renseigner le dossier patient	Vérifier le matériel opératoire	Contrôler les (présences/ Absences)	Protocole opératoire	
Postopératoire		- Sortie du patient		Mise à jour du planning (Entrée/Sortie)	- Soigner - Surveiller - Renseigner le dossier patient	- préparer le bloc pour la prochaine intervention	- suivre les consommations	Mettre à jour le planning du personnel	Protocole de soin	

Source : Réalisé par nos soins

La modélisation du système nous permet de comprendre que l'un des flux décisionnel les plus important du processus globale de prise en charge émane des centre décisionnel F3.1, F3.2, F3.3 intersection entre la fonction « planification » et les 3 niveaux décisionnel. A ce niveau la programmation des sorties est un perpétuel compromis entre :

- 1) la nécessité de libérer des lits pour respecter la programmation des entrées (décision dépendante du centre décisionnel (F2.1 et II1),
- 2) la volonté de diminuer les Durée Moyenne de Séjour (DMS),
- 3) la nécessité de garder certains patients plus longtemps pour des raisons médicales (flux de décisions médicales émanant des fonctions (F2, F3 et F4).

Ce triple cadrage entraîne continuellement des situations décisionnelles très difficiles.

Cette fonction de « planification » étudié ici, est fortement corrélée à l'efficience du service, c'est-à-dire, à sa capacité d'atteindre ses objectifs de soins tout en minimisant ses couts. Il s'avère en effet que le cout de la prise en charge du patient par le service dépend de l'optimisation de l'utilisation des équipements, et de la réduction des temps de présence des patients en salle d'hospitalisation sans intervention médico-soignante, qui dépendent toutes deux de la fonction de « planification ».

Autre élément affectant cette fois ci et l'efficacité et l'efficience du service, est la qualité de « la coordination horizontale ». Elle se manifeste au sein d'un même service ou entre deux services différents. Lorsque, par exemple, la fluidité du processus de soin est interrompue par le temps inutilement passé par le personnel soignant ou médical pour chercher l'information concernant les patients transférés d'un service à un autre car certaines procédures administratives n'ont pas été réalisés ou parce que leur dossier a été mal informé, ce que nous qualifions de production de non-valeur.

On assiste alors à une boucle de rétro-action par le personnel soignant, médical et administratif causée par cette production de non-valeur qui se traduit par une surconsommation de temps et de moyens et à une sous-efficacité due à la réduction de l'activité purement médicale ,provoquée par des tentatives répétitifs de régulation organisationnel.

L'existence de cette importante production de non valeur qui diminue de la performance du service justifie l'importance de mettre en place un système d'alerte qu'est le tableau de bord,

pour mettre en évidence et suivre ce qui ne marche pas comme prévu compte tenu des orientations et objectifs que le service se doit d'atteindre.

4.3 L'identification des inducteurs de performance

Les objectifs du service déterminés et la grille GRAI établies au cours des étapes précédentes permettent désormais d'identifier les relations entre les fonctions (processus) et les objectifs du service. Pour ce faire, nous avons appliqué la méthode de travail préconisée par (Lorino P. 2001) permettant l'identification des inducteurs de performance. Le tableau 1 synthétise ce déploiement des objectifs sur les processus pour le service de traumatologie, tel qu'il est perçu par les principales parties prenantes des processus.

En termes de notation, nous désignons par le nœud $N(O_{i,j}, F_{k,l})$ l'intersection de la colonne correspondant à l'objectif $O_{i,j}$ et de la ligne correspondant à la fonction/processus $F_{k,l}$. Lorsqu'une intersection n'est pas vide, cela signifie qu'il y a une correspondance entre le processus et l'objectif concernés. Le contenu de cette intersection représente l'inducteur de performance.

Tableau 2 : Matrice de correspondance des fonctions et des objectifs du service

		Objectifs					
		1	2	3	4	5	
Processus	F1.1	Maitriser les délais d'attente	Traiter les réclamations et Améliorer la satisfaction des patients		Fluidifier l'entrée au service.		
	F1.2						
	F1.3				Fluidifier la sortie du service.		
	F2.1	Développer la qualité du dossier médicale					
	F2.2						
	F2.3						
	F3.1	Améliorer la planification et Limiter les dysfonctionnements		Suivre l'activité du service par rapport à sa capacité d'intervention.			
	F3.2						
	F3.3						
	F4.1	Développer la qualité du dossier médical				Développer la chirurgie ambulatoire	
	F4.2						
	F4.3						
	F5.1			Suivre l'occupation des Bloc opératoires		Assurer une facturation correcte de la prise en charge du patient	
	F5.2		Surveiller les évènements graves				
	F5.3						
	F6.1		Assurer la sécurité et la maintenance du matériel et des équipements		Limiter les pertes et les dégradations de matériels		
	F6.2						
	F6.3						
	F7.1				Maitriser l'absentéisme		
	F7.2						
F7.3							
F8.1		Surveiller et prévenir le risque infectieux tout le long du processus.					
F8.2							
F8.3							

Source : Réalisé par nos soins

4.4 Etablissement des indicateurs de performance et la conception du tableau de bord

Les résultats obtenus lors des phases précédentes ont jusqu'ici permis d'identifier pour chacun des objectifs fixés, des inducteurs de performance. Au cours de cette phase se sont les indicateurs de performance qui sont déterminés sur la base de l'expertise des acteurs stratégiques (administratifs et médicaux) et des utilisateurs concernés. Au niveau du tableau de bord, à chaque objectif sont associés des inducteurs de performances et à chaque inducteur de performance est lié à au moins un indicateur de performance.

Tableau 3: Tableau de bord général du service de traumatologie

	Inducteurs de performance	Indicateurs Associés	
Améliorer la qualité des soins	Améliorer la planification et Limiter les dysfonctionnements	Taux de d'hospitalisation programmés annulés par manque de ressources Taux d'interventions déprogrammées	
	Maitriser les délais d'attente	Délai moyen d'attente en consultation	
	Développer la qualité du dossier médical	Taux de conformité du dossier médical aux gestes réalisés	
	Traiter les réclamations et Améliorer la satisfaction des patients	Taux de satisfaction patients Nombre de réclamation	
gestion des risques	Surveiller les évènements graves	Nombre de Décès au bloc opératoire Nombre d'évasion	
	Gérer les risques liés à l'environnement	Nombre d'alerte lié à l'environnement	
	Surveiller et prévenir le risque infectieux tout le long du processus	Taux d'infections nosocomiales Volume de Solution Hydro-Alcoolisées consommé par journée patient	
	Assurer la sécurité et la maintenance du matériel et des équipements	Nombre d'alertes liées aux infrastructures et à l'équipement	
Maitriser la performance de l'activité	Fluidifier l'entrée au service	Nombre de transferts patients intra-service Nombre d'admission Nombre de réadmission Taux de patients non pris en charge	
	Fluidifier la sortie du service	Taux de patients présentant une difficulté de sortie du service Taux de séjours < extrêmement bas Taux de séjours > extrêmement haut	
	Suivre l'occupation des Bloc opératoires	Taux d'occupation du bloc Nombre de demi-journées de fermeture des salles d'intervention	
	Développer une alternative à l'hospitalisation	Taux de chirurgie ambulatoire	
	Suivre l'activité du service par rapport à sa capacité d'intervention	Taux d'activité par rapport aux capacités d'intervention (Médecin /infirmier)	
	Optimiser la gestion des Ressources Humaines	Maitriser l'absentéisme	taux d'absentéisme
	Augmenter les revenus et maitriser les couts	Limiter les pertes et les dégradations de matériels	Nombre d'alertes liées aux infrastructures matériels

	Assurer une facturation correcte de la prise en charge du patient	taux de facturation du service
	Développer la chirurgie ambulatoire	Taux de patients pris en charge en ambulatoire
		Délai moyen d'admission à l'hôpital de jour

Source : Réalisé par nos soins

La dernière phase consiste à identifier les informations de base et les procédures nécessaires pour constituer les indicateurs de performance. Pour chaque indicateurs, une fiche doit être élaboré et contenir principalement : le nom de l'indicateur, la phase du processus de prise en charge concernée, le centre de décision, l'horizon/ période d'analyse, le mode de calcul, l'évolution souhaitée, les variables d'actions liés à l'indicateur et le mode de présentation des données. A titre d'exemple, nous présentais dans le tableau 3 la fiche que nous avons réalisé pour l'indicateur « taux de facturation ».

Tableau 4 : Fiche d'élaboration d'indicateurs

Indicateur	Taux de facturation
Phase de processus	Postopératoire
Centre de décision	Infirmier major
Horizon/période	1mois /1 an
Objectif	Optimiser la facturation des services hospitaliers et consommables. Ce taux indique les sorties de trésorerie due à une sous facturation
Mode de calcul	Somme des consommations (médicaments, dispositifs médicaux)/sommes des (médicaments, dispositifs médicaux) facturés
Evolution souhaitée	Se rapprocher ou atteindre les 100%
Actions pour faire évaluer l'indication vers l'objectif souhaitée	la préparation de fiches présentant les codes des principales pathologies traitées, et les principaux actes pratiqués au niveau du service faciliteront à l'infirmier majeur du service l'information correcte du dossier patient et la formation juste de sa facture.
Mode de présentation	Diagramme (chronologique, à barre, radar) couvrant l'horizon et décomposé en périodes.

Source : Réalisé par nos soins

Conclusion

La performance hospitalière est LE débat du moment. L'un des premiers impératifs est alors de concevoir un système d'évaluation de la performance, c'est-à-dire de construire des outils de mesures simples qui permettent à une organisation hospitalière de suivre et évaluer sa stratégie et les objectifs qu'elle s'est fixé. Cependant, la littérature en la matière propose généralement des indicateurs prédéterminés de performance du « système globale de santé » qui sont peu ou pas adaptés à une approche spécifiques d' organisme hospitalier et de ses services.

Dans notre terrain d'étude, l'analyse du fonctionnement d'un service médical du CHU d'Oujda a permis de constater une production de non-valeur qui provoque une surconsommation de moyens et affecte ainsi l'efficience de l'organisation. La localisation de ces dysfonctionnements nous permet de relever qu'il existait bel et bien une marge de manœuvre importante dont dispose l'hôpital pour accroître sa performance, mais encore faut il disposer d'outil pour la quantifier et l'évaluer. L'enjeu de cette recherche n'était alors pas de présenter un modèle prédéterminé d'indicateurs et de tableau de bord, et d'obliger tout service et établissement de santé à s'y conformer mais de proposer une approche méthodologique qui permette aux acteurs de l'hôpital (administrateurs hospitaliers, personnels médicaux et para médicaux) de concevoir un système d'évaluation de la performance propre à ce domaine complexe.

Nous avons décrit dans ce papier l'expérimentation qui a été réalisée et qui a permis l'application de notre méthodologie. Les résultats de l'étude, dévoilés de façon exhaustive ou partielle selon les étapes, ont permis de construire un système d'indicateurs adapté au cas étudié « service de traumatologie du CHU » et déduit au départ de sa stratégie. Ces résultats ont pu être obtenus grâce à l'étroite collaboration des professionnels du terrain qui a facilité l'appropriation de la méthodologie.

Références bibliographiques

- Addouch, S., Dafaoui E., El Mhamedi A. (2005). Identification des relations entre inducteurs et indicateurs de performance des processus d'entreprise. Actes de la Conférence en Conception et Production Intégrée (CPI), Casablanca, 15 p.
- Bastide, Rémi, Sabrina Zefouni, et Elyes Lamine. (2010). The homecare digital ecosystem: An information system support architecture. In IFIP conference on Personal Wireless Communications. Knowledge village, Dubai, UAE, April 12-15, 2010. IEEE Computer Society.
- Benabdejlil, H (2016). Modélisation des processus de soins : vers une implantation de nouveaux services à valeur ajoutée. Université de Bordeaux.
- Benchikha, f., Chouam, B. (2018). Le contrôle de gestion hospitalier : cas d'hôpital Algérien. Revue de la comptabilité du contrôle et de l'audit. N°5.
- Berland, N (2014). Le contrôle de gestion: Que sais-je ? . Presses Universitaires de France. 128 p
- Bchini B. (2005). Vers une méthode pour la mesure de la performance d'une alliance, La Revue des Sciences de Gestion, n°213, pp. 93-103.
- Bonvoisin F., Burton E., Hensotte J.C., Godichal M., Guisset A.L., Hut F., Leduc D., Wittmann V. (2007). Recommandation d'indicateurs pour la gestion du quartier opératoire . Le projet PATH de l'OMS. Gestions Hospitalières, 465, pp. 255-60.
- Bourguignon A. (1995), Peut-on définir la performance?, Revue Française de Comptabilité, juillet- août, pp. 61-66.
- Bouquin, H. (2001). *Le contrôle de gestion*, Paris : Presses Universitaires de France. 5^{ème} édition.
- Braesch, A. Haurat, J.-M. Beving. (1995). L'entreprise-système. In *La modélisation systémique en entreprise*, Paris : Hermès.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Picot-Touche, J., Béland, F. & Nguyen, H. (2004). Un Cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Le Modèle EGIPSS, Rapport technique, Conseil de la santé et du bien-être. Québec. 28 p
- Feisthammel D. et Massot P. (2005), Fondamentaux du pilotage de la performance, le tableau de bord adapté à la réalité des activités, AFNOR.

- Gervais, M (2009). Contrôle de gestion, Paris : Économica, 9eme édition, p 665
- Gray ,J. et Pesqueux, Y. (1991). Le tableau de bord, outil de gestion. Une comparaison France – Etats-Unis, Les cahiers de recherche du groupe HEC, cr, 49.
- Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (2005). Pilotage des établissements de santé , Paris, 157 p.
- Guerny, J., Guicier, J.-C Et Lavergne, J. (1986). Principes et mise en place du tableau de bord de gestion, 5e Edition, Paris, Delmas.
- Labrie, Marc, (2005). Comprendre et améliorer la gouvernance des organisations à but non lucratif: vers un appart des tableaux de bord ?, Gestion, Vol. 30, N 1, pp.78-86.
- Lorino P. (2001). Méthodes et pratiques de la performance : le pilotage par les processus et les compétences, Paris. : Editions d'Organisation, 551 p.
- Louart, P.(1996). Enjeux Et Mesures D'une Grh Performante, In Fericelli, A.-M Et Sire, B. (Dir.), Performances et ressources humaines, Paris : Économica, pp.1-15.
- Louart P. (1999). Efficience/Efficacité, Encyclopédie de la Gestion et du Management, pp.344-34.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2004). Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant, Genève, Suisse
- Québec (2000). Les solutions émergentes. Rapport et recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 3 p
- Royaume-Uni (1999). Le NHS performance Assesment Framework . *NHS executive*. p 4
- Vallespir, B., Doumeingts G (2002). La méthode GRAI, In supports de cours de l'Ecole de printemps Modélisation d'entreprise, Groupe de travail n°5 du Groupement pour la recherche en productique, GRP, Albi-Carmaux, France.
- Voyer, Pierre. (2002). Tableaux de bord de gestion et indicateur de performance, 2e édition, Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec, 446 p.
- World Health Organization (2000). "The World Health Report: Health systems. Improving performance", Geneva, Switzerland, 237 p.
- Yves André Perez, « La pratique de la recherche-intervention dans les organisations : retour sur les modes de production des connaissances gestionnaires à partir du terrain», Humanisme et Entreprise 2008/3 (n° 288), pp. 101-113.