

Approche combinatoire de construction de tableau de bord hospitalier

MARKAOUI Kawtar

Enseignant chercheur

Université Mohammed Premier,

Oujda, Maroc

FILALI Saida

Enseignant chercheur

Laboratoire ESSDL

Université Mohammed Premier,

Oujda, Maroc

Résumé : Les hôpitaux ont été confrontés à d'importantes évolutions, d'ordre économique social et législative, qui leur imposent de mieux maîtriser leur performance (bikourane et Zraoula, 2016). La recherche de la performance est alors devenue une actualité au cœur des systèmes hospitaliers (Champagne et al, 2005 ; Girault et Minvielle, 2015), entraînant pour l'hôpital, une forte demande d'outils de contrôle de gestion (Halgand, 2000). Cet article présente une recherche-intervention menée au CHU Mohammed VI d'Oujda dont l'objectif est de répondre à ce besoin, en proposant une démarche claire et cohérente pour la conception de système de tableau de bord hospitalier, que nous avons qualifiée de « méthode combinatoire ». En combinant le modèle intégrateur, OVAR et GRAI, nous proposons une méthode de conception permettant de maîtriser les contraintes liées à cette organisation singulière.

Mots clés : Hôpital, recherche-intervention, contrôle de gestion, tableau de bord.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.6757637>



1. Introduction

Les développements règlementaires et législatifs qui affectent la gestion des systèmes de santé ont tous comme objectif ultime la maîtrise des dépenses et l'amélioration de la performance et cela passe par une mise à jour des modes de gestions actuelles et une mise en place effective et moderne du contrôle de gestion (Bouin et Simon, 2015). Se contenter toutefois, d'une adaptation simpliste du contrôle de gestion en milieu hospitalier par l'unique réalisation d'un contrôle budgétaire ne saurait répondre au besoin accrue de pilotage que les développements règlementaires et économiques actuels exigent.

La nécessaire adaptation de la fonction même de contrôle de gestion à l'environnement actuel a largement été évoquée ces vingt dernières années (Bouin et Simon, 2015). Les organisations se sont complexifiées et se retrouvent contraintes de se remettre en question fréquemment. Le pilotage traditionnel des organisations, axé sur le paradigme du contrôle, qui s'organisait en deux temps – premièrement : l'intelligence de la situation et l'établissement d'une norme d'action et ensuite le contrôle de la conformité de l'action à la norme-, ne suffit plus. Ce type de pilotage s'inscrit dans une conception discontinue du temps : un temps pour la réflexion, un temps pour l'action et un temps pour la correction.

Le pilotage qui correspond au « nouveau contrôle de gestion » permet non seulement d'agir ensemble de manière performante, mais également d'agir ensemble de manière adaptative. Les actions correctives ne sont plus ponctuellement décidées mais réalisées en continu. Dans un contexte de crise et de changement organisationnel permanent, Huang et al. (2014, 162) rappellent que s'adapter joue un rôle vital dans la survie et le succès des organisations. Développer et entretenir une performance adaptative en déployant des outils réactifs s'avère donc être un enjeu majeur pour toute organisation.

La remise en cause des outils traditionnels du contrôle de gestion s'est alors traduite par la prolifération du tableau de bord et la remise en cause des budgets. Parallèlement aux critiques traditionnelles, dénonçant la longueur et la complexité du processus budgétaire (Hope et fraser, 1999), le budget se voit reprocher de ne plus pouvoir répondre, à lui seul, aux exigences des organisations confrontées à un environnement de plus en plus incertain (Germain, 2005).

Plusieurs chercheurs, recommandent alors d'ajouter à la traditionnelle représentation architecturale des systèmes comptables et de contrôle de gestion une représentation qualitative qui se réalise par l'intégration d'informations opérationnelles et non financières (Errami, 2007), tels que comprises dans les tableaux de bord (Kaplan et Norton, 1992 ; Edvinsson et Malone, 1999), nécessaires au pilotage de la performance organisationnelle, car la performance, tout particulièrement à l'hôpital, ne doit pas être prise au sens étroit, économique et financier. Les dimensions de la performance sont toujours multiples, et la gestion de la crise Covid l'illustre bien, puisqu'au niveau du système hospitalier, la dimension économique a été mise entre parenthèses durant plusieurs mois (mise en suspend des revenus relatifs

aux activités de consultations, interventions chirurgicales et hospitalisations et prise en charge des urgences et des patients Covid uniquement). La performance médicale du système étant centrale, elle devait être assurée en priorité.

Les systèmes hospitaliers connaissent alors la même évolution en matière de besoin en outils de pilotage que les entreprises. Après avoir privilégié les indicateurs financiers, voir restreint l'outil à cette dimension financière, il s'agit maintenant, pour favoriser un pilotage effectif des activités opérationnelles, d'intégrer des indicateurs physiques permettant non plus une simple vérification mais une maîtrise des processus au sein de l'organisation hospitalière (Dos Santos et Mousli, 2016 ; Omari Z. et Bazarouj R., 2019), des adaptations sont toutefois nécessaires à opérer pour tenir compte des spécificités des établissements de santé Nobre (2001). Même si ces outils innovants dans le contexte des organisations hospitalières fournissent la possibilité de répondre aux enjeux du pilotage de la performance, leur mise en œuvre effective est conditionnée à leur bonne adaptation à cet environnement et à une « traduction » (Callon et Latour, 1988) garantissant que leur adoption soit bien effective.

La problématique de cet article est ainsi la suivante : Quel est le processus de construction d'un tableau de bord de pilotage de la performance en organisme hospitalier ?

L'objectif de cette recherche est de nature ingénierie, relatif au développement d'une démarche de conception de tableaux de bord adaptés au pilotage de la performance hospitalière, qui permettra de répondre au nouveau besoin managérial, imposé par les contraintes actuelles, de mise en œuvre d'outil de pilotage au sein des établissements de santé (Baly, 2015 ; Omari, 2019).

2. La définition de la performance à l'hôpital

Dans les organisations à but lucratif comme les entreprises industrielles et commerciales, l'objectif primordial (mais pas l'unique) est celui du profit (Anthony, 1993, p.178). Cette concentration sur le profit (le gain ou la valeur actionnariale) est un thème unificateur pour la fonction contrôle de gestion (Anthony, 1993, p.178), d'autant plus qu'il est compréhensible par tous et facilement mesurable.

L'hôpital public, est à la fois une organisation professionnelle, à but non lucratif et de statut public. La définition des objectifs organisationnelle y est donc plus ambiguë. La raison de cette ambiguïté tient principalement de la divergence qui peut exister entre « ceux qui ont leur mot à dire sur l'activité et les autorités supérieures » (hofste, 1981).

Les services publics (Laufer et Burlaud, 1980) se caractérisent par un certain équilibre des pouvoirs entre les différentes parties prenantes (autorité de tutelle, syndicats, usagers, personnel etc.). Or l'élaboration des mécanismes de contrôle de gestion orientée par essence vers la recherche d'une plus grande rationalité économique remet en cause l'équilibre des pouvoirs en présence, au bénéfice des managers de l'organisation. Les autres groupes (en particulier le personnel et les syndicats qui les

représentent) seront pénalisés puisque leur mode d'expression privilégié n'est généralement pas celui de la rationalité économique. C'est pourquoi la mise en place d'un système de contrôle suscite certaines appréhensions.

Au niveau de l'organisation hospitalière cette thèse reste tout à fait pertinente dans la mesure où la transplantation d'une fonction de contrôle de gestion est certainement avantageuse pour les administrateurs hospitaliers, les autorités de tutelle, mais très rarement pour le personnel médical et paramédical, qui ne voit pas dans les outils traditionnels de contrôle de gestion une traduction de leurs objectifs. En effet, les professionnels médicaux (Mayon fort de cet organisme) et les managers n'obéissent pas à la même logique. Les divergences de culture, des normes et des valeurs, de formation, le sentiment d'appartenance établissent une frontière entre ces deux communautés. La question qui se pose donc est celle de créer une représentation de la performance organisationnelle intégratrice de logique communément admises par les acteurs de ces différents mondes.

L'outil de contrôle de gestion mis en œuvre, pour ne pas devenir source de dysfonctionnement, doit alors être suffisamment « plastique » pour concilier les différentes logiques et valeurs auxquels adhèrent ces groupes.

La question que nous venons de traiter est d'une grande importance puisqu'elle conditionne les mécanismes d'évaluation de la performance, car si les logiques diffèrent à l'hôpital ? Sur quelle base apprécier la performance alors ? Ce qui pose donc la question de la performance elle-même : comment la définir pour une organisation de soins ?

La performance en milieu hospitalier suppose d'adopter un regard suffisamment large pour inclure ces différentes parties prenantes. On ne peut ignorer les normes et valeurs des groupes professionnels qui participe à la production et leur orientation vers la performance clinique, pas plus qu'on ne peut ignorer les objectifs et les contraintes auxquels peut faire face son administration. La juxtaposition d'objectifs tel que : soigner efficacement, avoir des pratiques conformes aux normes professionnels, préserver la motivation des salariés, optimiser l'utilisation des ressources, assurer l'équilibre financier sont des données avec lesquels il faut composer au sein des établissements hospitaliers afin d'assurer une performance globale. C'est une performance qui revêt donc un caractère multidimensionnel.

Le modèle de performance de Kaplan et Norton (1992) est sans doute l'un des modèles de performance multidimensionnel les plus populaires. Il présente une vision équilibrée de la performance : orientation sur les résultats financiers, attention accordée au client, prise en compte des processus internes et importance accordée à la gestion des ressources humaines. Cependant, sa trop grande focalisation sur la dimension financière ne s'applique pas tout à fait à la logique des organisations hospitalières, puisque « la perspective financière constitue une contrainte et non une finalité » (Nobre, 2002).

Les modèles de Morin et al (1994) ainsi que de Mintzberg (1982) offre également un cadre large à la définition de la performance organisationnelle, ils présentent toutefois des limites. Le modèle de Morin et al (1994) se caractérise par une certaine hétérogénéité intra-dimensionnelle. A titre d'exemple : une de ces dimensions de la performance relative à la pérennité de l'organisation renvoie, à elle seul, à trois modèles unidimensionnels de la performance : rentabilité de l'organisation (le modèle de l'atteinte des buts), compétitivité (le modèle de l'organisation ouverte), le développement de la qualité du produit ou service (le modèle des processus internes). Ce manque d'homogénéité interne ne facilitera donc pas son opérationnalisation. La définition de Mintzberg (1982) présente l'avantage d'être plus claire, elle est toutefois moins inclusive.

Le modèle de Sicotte et al (1988) qui définit la performance organisationnelle par la capacité de l'organisation à réaliser sa mission, à acquérir et contrôler ses ressources, à produire des services de qualités avec productivité et à maintenir des valeurs communes, s'accorde davantage à la définition de la performance hospitalière.

Nous retenons donc le cadre d'analyse de la performance de Sicotte et al (1998), qui répond à son ambition intégrative et à l'intérêt d'embrasser de nombreux aspects distincts et complémentaire de la performance organisationnelle (Markaoui.k, 2018).

3. Approches et méthodologies de construction de tableau de bord

Le tableau de bord est un concept à « géométrie variable », qui peut être établi selon différentes approches. Nous distinguons parmi celle-ci, deux catégories : la première, l'approche par les objectifs, qualifiée aussi d'approche française, consiste à produire des indicateurs à partir d'objectifs. Nous décrivons parmi par celle-ci : la Méthode OVAR, et la méthode ECOGRAI. La seconde approche, est celle des modèles de pilotage. Elle cherche à déterminer les variables à piloter, qui représentent l'activité opérationnelle de l'entreprise et les leviers de réalisation de la stratégie puis à trouver les indicateurs pertinents pour chacune de ces variables. Cette conception des outils de pilotage est illustrée par le tableau de bord prospectif BSC et le navigateur SKANDIA.

Le pilotage est porté par une logique quasiment identique, mais des différences de méthode et de finalités sont tout de même observées :

Le BSC (Kaplan et Norton, 1998) et de SKANDIA sont des dispositifs prêts à utiliser (ready-to-use). Ils sont relativement rigides et proposent l'élaboration d'indicateurs selon une représentation de la performance préétablie. Dans le BSC, la finalité est essentiellement financière, la chaîne causale décrite a pour sommet les indicateurs de l'axe financier. Pour Kaplan et Norton, la performance financière est ce qui détermine la survie d'une entreprise. L'objectif ultime est donc la satisfaction des actionnaires. Les autres parties prenantes, et leurs attentes, sont secondaires. Cette finalité ne s'accorde pas à celle

des organisations hospitalières, « la perspective financière constitue une contrainte et non une finalité » (Nobre, 2002, p. 174). SKANDIA, En revanche, tout en s'inspirant du tableau de bord prospectif, privilégie la valorisation des ressources humaines (capital intellectuel). Mais bien que Skandia place les RH au cœur de la performance organisationnelle, il n'intègre pas des considérations importantes relatives au climat organisationnel, à la culture et aux valeurs partagées qui influencent grandement l'atteinte et le maintien de la performance organisationnelle.

La méthode OVAR offre une méthodologie claire qui propose, dans une démarche participative, de décliner de manière cohérente les objectifs généraux en variable d'action. Le choix des indicateurs est fonction des objectifs à atteindre et des variables d'action destinées à leur atteinte. Comme le soulignent Löning et Pesqueux (1998), la démarche OVAR « présente l'intérêt d'être simple, puissante et opérationnelle », mais encore faut-il maîtriser les processus desquels nous devons déduire « objectifs, variables d'actions et indicateurs »

ECOGRAI (Bitton M., 1990), permet de capturer et modéliser les flux complexe. La méthodologie s'appuie sur une approche systémique qui décompose l'organisation en trois sous-systèmes : le système physique ou système opérant, le système de décision et le système d'information. Pour représenter ces sous-systèmes, la méthode utilise deux outils : 1) Le réseau GRAI -Graphes et Réseaux d'Activités Inter-reliés- (qui donne une vue détaillée des activités opérées à l'intérieur du système physique de production, 2) 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.

Appliquer une méthode de modélisation à l'organisation hospitalière, permettra de mieux connaître le processus de prise en charge du patient puis d'optimiser l'identification des variables d'actions (Markaoui, 2018).

En combinant le modèle de performance de sicotte à OVAR et à la méthode de modélisation GRAI, nous avons mis en œuvre une méthode qui favorise l'élaboration d'un tableau de bord de pilotage de la performance hospitalière. Cette combinaison permet de disposer d'un cadre d'évaluation de la performance adapté à l'organisation hospitalière, d'affiner la connaissance et la maîtrise du processus complexe de production de soin par le biais de la modélisation, de manière à favoriser l'identification des variable d'action et indicateur adéquat.

4. La méthodologie de recherche

La recherche a été réalisé au service de Biologie Médicale du Centre Hospitalier Universitaire d'Oujda. 28 entretiens ont été effectués au niveau de la direction et des chefs de services médicaux et administratifs pour la définition de la conception de la performance de l'hôpital. 5 entretiens ont été réalisé auprès d'acteurs opérationnels composés de médecin et de techniciens pour la modélisation du

processus de production du service de Biologie, enfin 3 entretiens ont été réalisés pour l'identification des inducteurs, indicateurs de performances et la construction des fiches d'indicateurs. Trois guides d'entretiens ont été élaborés. (Cf. annexe1)

5. Conception du système de tableau de bord

5.1 La conceptualisation de la performance à l'hôpital

Une série d'entretien semi-directif a été réalisé auprès des acteurs stratégiques du CHU afin de préciser, comment se conçoit et se définit la performance, à partir d'un guide d'entretien structuré autour des quatre axes ou dimension du modèle intégrateur. Des objectifs de performance, inscrits dans ces quatre dimensions, ont alors été identifiés :

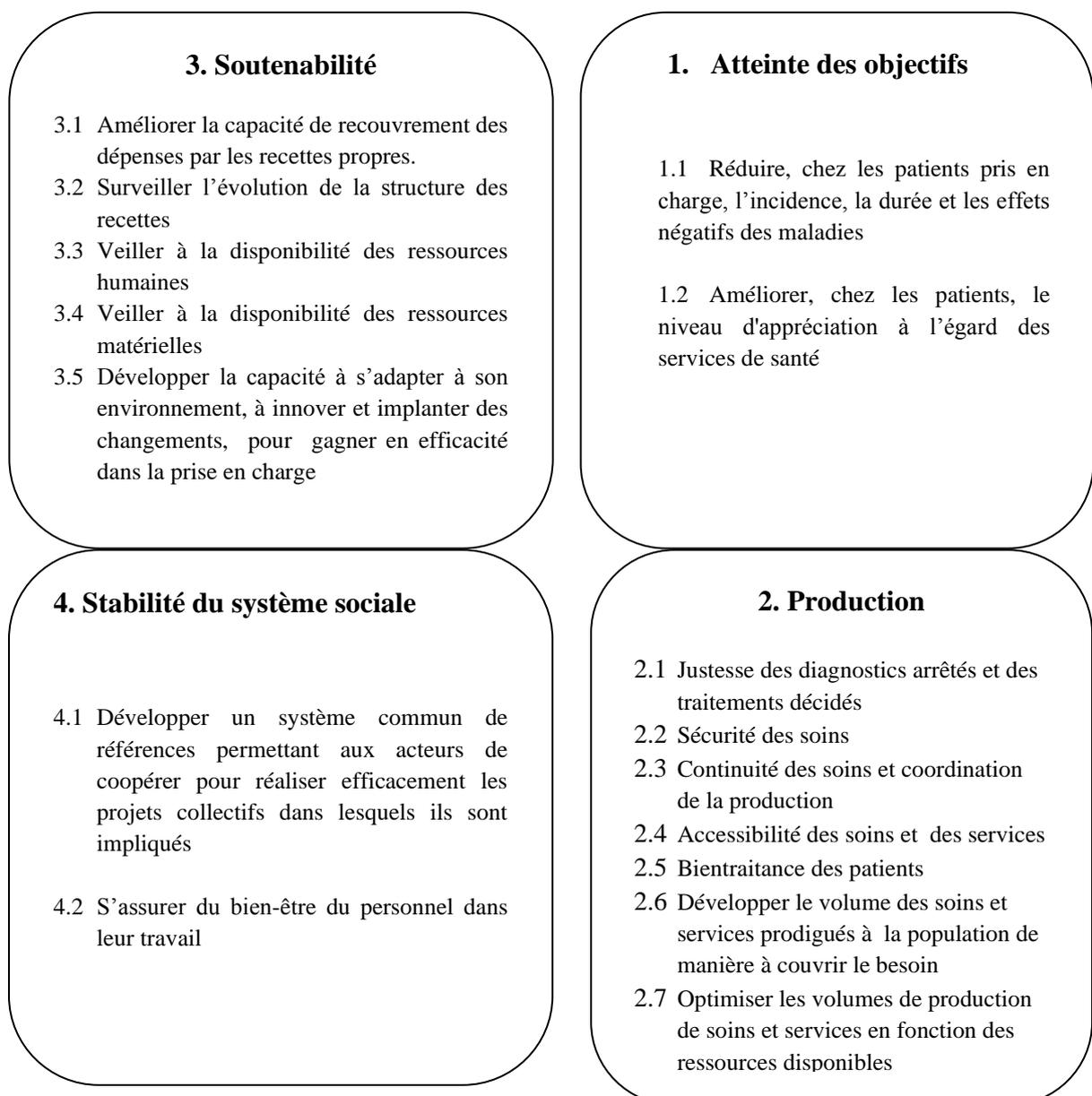


Figure 1 : Cadre de définition de la performance au CHU

Source : Développée dans le cadre de cette étude

5.2 La maîtrise des processus

L'étape suivante a été celle de l'amélioration de la maîtrise de l'activité et la connaissance du système étudié. Nous avons donc mis en œuvre une démarche de formalisation rigoureuse : GRAI inspiré de méthodes de modélisation utilisée en industrie. C'est le moyen pour rendre plus simple un système tel que celui du CHU et des hôpitaux qui aurait été trop lourd à cerner à l'état initial.

Nous avons donc procédé à la modélisation du système de conduite de l'activité du Laboratoire de Biologie Médicale au moyen de la grille GRAI, qui est une matrice dont les colonnes représentent les fonctions du système et dont les lignes représentent les phases temporelles d'exécution des activités relatives à chaque fonction. (Cf. figure 3, en page n°11)

Cinq fonctions ont été identifiées : Gérer les produits, planifier les actes du Laboratoire de Biologie Médicale, Gérer le personnel, Gérer le matériel, Gérer l'hygiène, la sécurité et la qualité.

Afin de mieux appréhender le fonctionnement du LBM, la décomposition temporelle de la prise de décision retenue a été la suivante :

1. **Niveau Stratégique** H :1 an/ P : 1 mois
2. **Niveau Tactique** H :3mois/ P :1 semaine
3. **Niveau Opérationnel** H1 semaine/ P : 1 jours,
4. **Niveau temps réel** décomposé en 3 phases :
 - **Phase pré-analytiques** comportant les étapes avant l'analyse à proprement dites. Elles commencent par la prescription des analyses par le médecin, la préparation du patient, le prélèvement du spécimen, l'acheminement jusqu'au laboratoire, le stockage et la centrifugation au sein du laboratoire.
 - **Phase analytique** Il s'agit de la série d'étapes permettant l'obtention d'un résultat lors de l'analyse de l'échantillon.
 - **Phase post-analytiques** comprenant la transcription du résultat, la validation et la transmission du rapport, jusqu'à l'interprétation par le médecin.

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 un centre de décision, correspondant à l'activité relative à une fonction à un certain moment du processus.

	Informations externes	Gérer les produits	Planifier l'activité médicale	Gérer les ressources		Gérer l'hygiène, la sécurité et la qualité	Informations internes
				Personnels	Matériels		
Stratégique H : 1 an P : 1mois	Stratégie d'établissement	Dimensionner le besoin prévisionnel en produits (ex : Acide hydrochlorique concentré, méthanol, etc.) utilisés pour les analyses (ex : réactif) ou en rapport avec celles-ci (ex : détergents utilisés dans les laveurs décontaminateurs),	Déterminer le niveau prévisionnel de l'activité (Biochimie, Hématologie, Microbiologie, l'anapathologie, Parasitologie, Mycologie, Génétique Médicale)	Planning prévisionnel des ressources humaines Gestion des compétences	Dimensionner le besoin en matériel et fournitures médicales (ex. : éprouvettes, tubes, cônes de pipettes, supports à tubes) et non médicales (ex. : contenants pour le transport, comme les glacières).	Élaboration des protocoles et bonnes pratiques	Historique d'utilisation du matériel, de consommation des produits Historique des admissions
	Tactique H : 3 mois P : 1semaine	Demande d'admission	Programmer les livraisons de produits	Programmer l'activité du laboratoire	Ajuster les effectifs à la charge programmée	Elaborer un planning de maintenance des équipements médicaux	Réaliser les audits qualité/sécurité/hygiène
Opérationnel H : 1semaine P : 1 jour	Demande d'admission	Gérer le stock et les péremptions	Valider le programme de l'activité du laboratoire	Organiser les actes Réviser les congés en fonction de l'activité	Programmer les livraisons de matériels et des fournitures	Contrôler le respect des normes de la stérilisation	
	Dossier médical du patient						
Temps réel	Pré-analytique	Programmer les livraisons urgentes	Effectuer les prélèvements des échantillons ou collecter les échantillons requis	Contrôler les présences/ absences Mise à jour des plannings	Entretien des équipements (maintenance, calibrage, vérification et décontamination)	Assurer la qualité des opérations à chaque étape du processus	Info sur l'état du matériel Suivis disponibilité du personnel
		Gérer le stock	Identifier les échantillons Acheminer les échantillons au laboratoire				
	Gérer les péremptions	Valider la qualité des prélèvements Procéder à l'analyse					
		Procéder à la validation technique et biologique					
Analytique							
Post-analytique			Interpréter les résultats Transmettre les rapports Conserver/entreposer/éliminer les spécimens en fonction du calendrier de conservation du laboratoire				
	IE	F1	F2	F3	F4	F5	II

Figure 2 le système de conduite de l'activité de Biologie

5.3 L'identification des inducteurs de performance

La troisième étape est celle de l'identification des inducteurs de performance. Nous cherchions concrètement à identifier s'il existe une relation entre les activités identifiées, et les objectifs visés.

Ainsi pour identifier les inducteurs de performance stratégique (Niveau N). Nous avons recours un outil matriciel (Cf. figure 4 en page suivante) qui synthétise le déploiement des orientations stratégiques sur le processus de production de soins tactiques, en croisant :

- Les objectifs stratégiques de performance du CHU (Cf. figure 1)
- et les activités réalisées au niveau tactique, issues de la grille GRAI (Cf. figure2)

Lorsqu'une intersection n'est pas vide, cela signifie qu'il y a une correspondance entre l'activité et l'objectif de performance poursuivis. Le contenu de cette intersection représente un inducteur de performance.

Dans un 2ème temps, conformément à la méthode OVAR, l'inducteur de performance au niveau stratégique N (Cf. figure 4 en page suivante) devient un objectif au niveau tactique N-1, pour assurer la cohérence du système de pilotage. Les objectifs de performance au niveau N-1 (que sont les inducteurs au niveau N,) sont ensuite déployés sur le plan opérationnel.

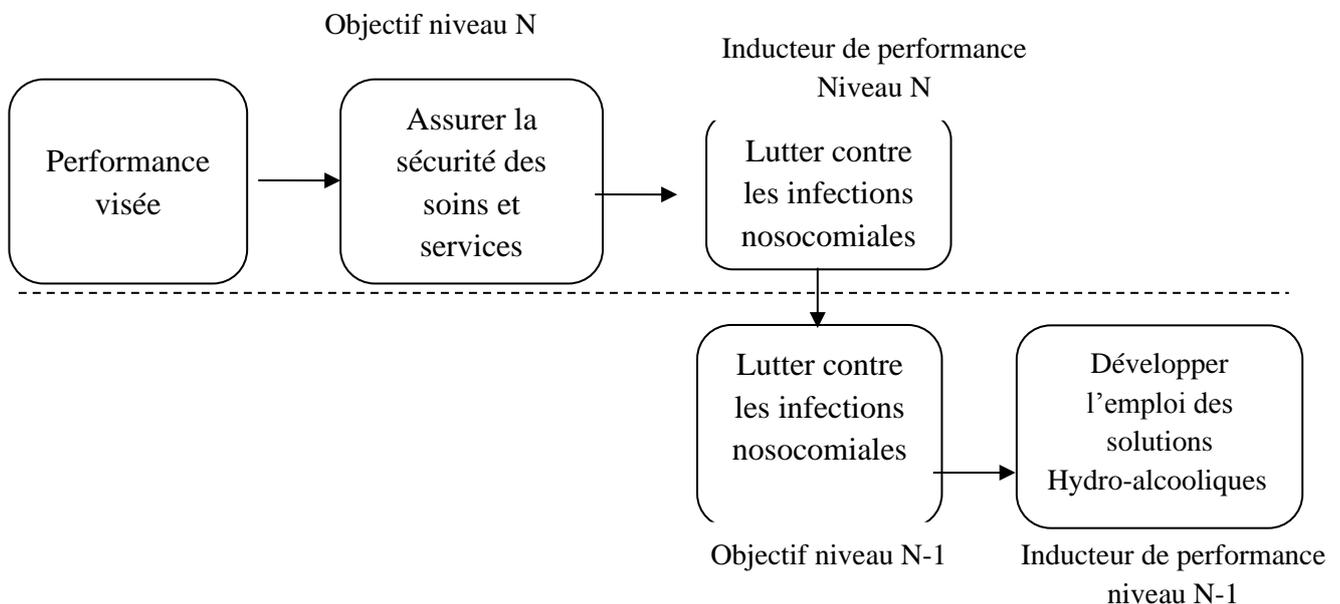


Figure 3 Déclin des objectifs de performance

		OBJECTIFS														
		1.1	1.2	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	3.1	3.2	3.3	3.4	4.1	4.2
F1.2	Réaliser les actes qui correspondent aux besoins des patients, de qualité et dans les délais adéquats										Surveiller les dépenses et les recettes du LBM	S'assurer de la bonne adéquation entre nature, quantité et compétences des RH		Développer la recherche et l'innovation	Assurer la diffusion de la charte des valeurs du CHU	
F2.2			Fournir des résultats précis, fiables, afin que les médecins puissent déterminer le traitement			Assurer le relai entre équipes, afin d'assurer la bonne continuité de la prise en charge du patient	Améliorer la facilité d'accès et la rapidité des services									
F3.2								Promouvoir la bienveillance	Développer les activités de Biochimie, Hématologie, Microbiologie, l'ana-pathologie, Parasitologie, Mycologie, Génétique au sein du LBM	Optimiser la productivité de la main d'œuvre de l'ensemble des unités du laboratoire de biologie médicale						
F4.2													Veiller à la disponibilité des ressources matérielles			
F5.2	Satisfaire les attentes des patients quant à la qualité technique des				Les activités et milieux de travail doivent être exempts d'événements menaçant la santé du											
		Assurer un climat organisationnel positif Offrir de bonnes conditions de travail														

Figure 4 Matrice d'identification des inducteurs de performance

5.4 L’élaboration des indicateurs de performance du tableau de bord

La définition de la performance a alors été traduite en objectifs et inducteurs de performance (Cf. annexe 2). Et une fois créé, pour chaque objectif et inducteurs de performance, au moins une mesure de la performance (indicateur) a été définie.

<i>Mesure de la performance</i>		<i>Gestion de la performance</i>	
Dimension Production			
Objectif	Indicateurs associés	Inducteur de performance	Indicateurs associés
Lutter contre les infections nosocomiales	Taux d’infections nosocomiales	Développer la consommation de gel hydro-alcoolique	Consommation de gel hydro-alcoolique

Figure 5 : Indicateur de résultat et d'action

Conclusion :

Notre recherche contribue à enrichir la littérature associée aux méthodes de conceptions des outils de gestion déployés pour piloter la performance dans le contexte de l’organisation hospitalière. La méthode combinatoire mise en œuvre permet de maîtriser les contraintes liées à cette organisation singulière.

La première contrainte est liée à la diversité des acteurs qui engendre plusieurs conceptions du bon fonctionnement, que la méthode permet de dépasser en ayant recours au modèle intégrateur qui permet de combiner les visions complémentaires médicales, économiques, sociales et humaines de la performance à l’hôpital.

L’hôpital est, en effet, composé de membres dont les caractéristiques et les aspirations diffèrent. Professionnel médicaux, personnels soignants et managers n’obéissent pas aux mêmes logiques. Les médecins se préoccupent de l’efficacité thérapeutique du soin délivré au patient. Il s’agit donc pour eux de poser le bon diagnostic, de choisir l’acte à réaliser de manière pertinente et de le réaliser en fonction des normes de bonne pratique en limitant le risque d’erreurs et en exposant le moins possible le patient aux risques de complications, d’infections ou de séquelles post-opératoires. Les soignants, plus en contact avec les malades, considère que la performance réside dans la manière dont le soin est délivré aux personnes et dont le patient sont prise en charge (Fremon et Grandjean, 2015). Le personnel administratif porte également, de leur côté, des objectifs liés à leurs spécialités. Leur approche de la performance strictement économiques priorise le volume d’activité, la gestion optimale des ressources et l’équilibrage des dépenses et des recettes. On y affronte alors différente conception de la performance

et du bon fonctionnement et du bon résultat. Ces différentes finalités et conceptions de la performance, et qui ont toutes lieu d'être, peuvent être intégrées dans le modèle intégrateur dont nous avons réalisé l'adaptation au contexte de l'organisation hospitalière marocaine,

La deuxième contrainte est liée à la complexité du processus de production (la prise en charge du patient), que la méthode permet de dépasser en ayant recours à la technique de modélisation : GRAI, issues du domaine industriel, mais dans l'utilité avérée pour la simulation, l'analyse et l'amélioration de la compréhension des processus de production permet son transfert vers le domaine de la santé et des organisations hospitalières (M. et Saadi, J, 2013 ; Michelle C. et al, 2016).

La troisième contrainte est d'ordre socio-culturels. L'hôpital est une organisation professionnelle qui peut se définir comme une organisation régulée par le contrôle de clan (Ouchi 1980). La culture dominante est celle de la liberté médicale (Bourn et Ezzamel 1986), avec un fort attachement des médecins à leur habituelle autonomie et à l'évaluation par leurs pairs. La réussite de l'introduction des outils de contrôle de gestion à l'hôpital nécessite donc de trouver le moyen de contourner ces contraintes et obstacles socio-culturels, les problèmes de pouvoir et de valeurs, en rendant notamment la construction de ses outils interactive. La démarche OVAR-GRAI, qui préconise une démarche participative, constitue dans un tel contexte un outil d'intéressement permettant d'impliquer les acteurs dans le processus de contrôle de gestion, et d'éviter leur démobilitation.

ANNEXE 1 : GUIDES D'ENTRETIENS

Etape de la méthode combinatoire	Questions
Conception de la performance hospitalière	<ul style="list-style-type: none"> • Pour être performant, l'hôpital doit parvenir à atteindre ses objectifs, quels sont selon vous, ses objectifs primordiaux ? • En quel terme définissez-vous la performance du processus de production à l'hôpital ? • Comment et de quoi l'hôpital a besoin pour parvenir assurer la pérennité de son fonctionnement ? • Quel impact a la culture et le climat de travail sur la performance organisationnelle à l'hôpital ? comment les développer ?
Modélisation du processus de prise en charge des patients	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont vos missions et celles de votre service? • Combien de personnes travaillent dans votre service? • Pouvez-vous décrire une journée type de l'ensemble du personnel de votre service? • Quels sont vos contacts ou relations avec les services : réanimation, bloc.. • Pouvez-vous (à l'aide d'un schéma synthétique) décrire les différentes phases de l'activités de votre service • Listez et priorisez les différents mouvements matériels et humains (en dehors des patients) qui traversent votre service. • Quels autres points auriez-vous souhaité évoquer ?
Identification des inducteurs et indicateurs de performances	<p>Pour l'identification des inducteurs de performances, veuillez identifier dans la matrice présentée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quels indicateurs permettrait le suivi de l'objectif N ? • Si l'activité X appartenant au processus Y a un impact significatif sur l'objectif N ? • De quelle(s) façon (s) cette activité peut-elle avoir un impact sur la réalisation de l'objectif N ? • Quels indicateur (s) permettrait le suivi de cet inducteur ?

ANNEXE 2 : EXTRAIT DU TABLEAU DE BORD DE PILOTAGE DE LA PERFORMANCE

Tableau de bord (Niveau N)				
Dimension	Objectif (Niveau N)	Indicateurs associés	Inducteur (Niveau N)	Indicateurs associés (Niveau N)
Production	Qualité Améliorer l'ensemble des attributs des services de soin qui favorisent le meilleur résultat possible. La qualité des soins comprend : <ul style="list-style-type: none"> • Justesse des diagnostics • Réalisation compétente des actes • Sécurité • Continuité et coordination de la production • Accessibilité des soins et des services 	Nombre d'évènements indésirables liés aux soins	Fournir des résultats précis, fiables, afin que les médecins puissent déterminer le traitement approprié des patients	Taux d'acceptabilité des échantillons
				Taux de correction d'erreurs sur les rapports
			Les activités et milieux de travail doivent être exempts d'évènements menaçant la santé du personnel et des patients	Taux d'infections nosocomiales
			Assurer le relai entre équipes, afin d'assurer la bonne continuité de la prise en charge du patient	Nombre d'échantillon non identifiés ou mal identifiés
			Améliorer la facilité d'accès et la rapidité des services	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la continuité des soins
				Temps de réponse pour les résultats urgents ou critiques
				Délai entre la fin de l'analyse et l'acheminement du résultat
				Délai de transport des échantillons
				Délai d'exécution des analyses
				Degré de satisfaction des patients quant à l'accessibilité informationnelle
	Degré de satisfaction des usagers quant à la rapidité des services			
Volume de production Développer le volume des services prodigués à la population	Evolution du nombre d'admissions	Développer les activités de Biochimie, Hématologie, Microbiologie, l'anapathologie, Parasitologie, Mycologie, Génétique Médicale au sein du LBM	Nombre d'examen de biochimie	
			Nombre d'examen de d'hématologie	
			Nombre d'examen de microbiologie	
			Nombre d'examen d'anapathologie	
			Nombre d'examen de parasitologie	
			Nombre d'examen de génétique médicale	
			Nombre d'examen de mycologie	

	L'efficience productive Optimiser les volumes de production de soins et services en fonction des ressources disponibles	Nombre d'examen de biologie par technicien	Optimiser la productivité de la main d'œuvre de l'ensemble des unités du laboratoire de biologie médicale	Nombre d'examen de biochimie par biologiste/ technicien
		Nombre d'examen de biologie par biologiste		Nombre d'examen d'anapathologie biologiste/ technicien Nombre d'examen de d'hématologie biologiste/ technicien Nombre d'examen de microbiologie biologiste/ technicien Nombre d'examen de parasitologie biologiste/ technicien Nombre d'examen de génétique médicale biologiste/ technicien Nombre d'examen de mycologie biologiste/ technicien

Bibliographie :

- [1] Akrich M., Callon M., Latour B. (1988), A quoi tient le succès des innovations ? 1 : L'art de l'intéressement; 2 : Le choix des porte-parole. Gérer et Comprendre. Annales des Mines, Les Annales des Mines. pp.4-17 & 14-29.
- [2] Anthony R.N. (1993). La fonction contrôle de gestion. Paris: Publi-Union.
- [3] Bikourane N., Zraoula S. (2016), Le contrôle de gestion hospitalier et innovations managériales. Comptabilité et gouvernance, Clermont-Ferrand, France.
- [4] Bouin X. et Simon F.X. (2015), les nouveaux visages du contrôle de gestion outils et comportements, Dunod, 4ème édition.
- [5] Bourn M. and Ezzamel M. (1986) 'Costing and budgeting in the national health service', Financial Accountability and Management, Vol. 2, No. 1:53:71.
- [6] Dos Santos, C. & Mousli, M. (2016). 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, 115(4),-121.
- [7] El oualidi A., Saadi J., (2013). Améliorer la prise en charge des urgences intra-hospitalières : Apport de la modélisation et de la simulation de flux. Revue de santé publique, 25, 433-439.
- [8] Errami Y. (2007). Systèmes de contrôle traditionnels et nouveaux : articulation et modes d'existence dans les entreprises françaises, Actes du 28ème Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité, Poitiers.
- [9] Fremon B. et Grandjean P., (2015). Performance et innovation dans les établissements de santé, Collection Guides Santé Social, Dunod. France
- [10] Germain (2005), Corporate Governance and Performance Measurement Systems : an Empirical research , Communication à venir au Congrès de l'International Association for Accounting Education and Research, Bordeaux.
- [11] Girault, A ; Minvielle, E. (2015). Performance et qualité des établissements de santé. In Béatrice Fermon et al., Performance et innovation dans les établissements de santé, Dunod « Guides Santé Social », p. 91-94.
- [12] Kaplan, R. S., et Norton, D. P. (1992). L'évaluation globale des performances, outil de motivation. Harvard l'Expansion.
- [13] Kawtar Markaoui et Mostafa Hassin (2018). « Recherche-Intervention : Démarche méthodologique de construction de tableau de bord de la performance hospitalière -CHU Mohammed VI d'Oujda ». *Revue du Contrôle de la Comptabilité et de l'Audit*, N°6, Septembre, ISSN: 2550-469X, pp 148-169.
- [14] Laufer R., Burlaud A. (1980), Management public : gestion et légitimité, Dalloz Gestion.
- [15] Mintzberg, H. (1982). Structure et dynamique des organisations. Paris : Editions d'organisation.
- [16] Morin, E.M., Savoie, A. Et Beaudin (1994), l'efficacité de l'organisation : théorie, représentations et mesures, Gaetan Morin, Montreal.

- [17] Omari Z. et Bazarouj R., (2019), Nécessité d'un contrôle de gestion moderne dans les établissements publics : Une analyse théorique, *Revue du Contrôle de la Comptabilité et de l'Audit*, Numéro 10, p 46-58.
- [18] Ouchi, W. (1980). Markets, bureaucraties and clans. *Administrative Science Quarterly* 25 (1): 129-141.
- [19] Palmer A., Huang J.L., Marie Ryan A., Zabel K.L., (2014), Personality and Adaptive Performance at Work: A Meta-Analytic Investigation, *Journal of Applied Psychology*, American Psychological Association Vol. 99, No. 1, 162–179.
- [20] Savall H., Zardet V. (2004), *Recherche en Sciences de Gestion : Observer l'objet complexe : Approche Qualimétrique*, Préface du Pr. David Boje, Economica, Paris, p. 432.
- [21] Sicotte, C.; Champagne, F.; Contandriopoulos, A.P.; Barnsley, J.; Béland, F. et Leggat, S.G. (1998). Conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health services management research*, 11, 24-48.
- [22] Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah OA, Guisset A-L (2005). A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *Int J Qual Health Care*.1;17(6):487–96.