

PERFORMANCE HOSPITALIERE: ETAT DE L'ART

HOSPITAL PERFORMANCE: STATE OF THE ART

BERRADA Hiba (Doctorante)

Ecole Nationale de Commerce et de gestion (ENCG)

Université Sidi Mohammed Ibn Abdellah

Laboratoire de Recherche en Management, Entrepreneuriat et Finance

Maroc

hiba.berrada1@gmail.com

MARGHICH Abdellatif (Enseignants chercheur)

Ecole Nationale de Commerce et de gestion (ENCG)

Université Sidi Mohammed Ibn Abdellah

Maroc

abdellatif.marghich@usmba.ac.ma

Date de soumission : 02/03/2023

Date d'acceptation : 01/04/2023

Pour citer cet article :

BERRADA, H. & MARGHICH, A. (2023). «Performance Hospitalière : Etat de l'art ». Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit « Volume 7 : numéro 1» pp : 195 -214.

Résumé

Plusieurs auteurs se sont penchés sur l'étude de la performance hospitalière malgré les difficultés inhérentes à celle-ci. En effet il s'agit d'une notion floue et ambiguë dont la signification diffère selon le contexte. Le présent article vise dans un premier temps à définir la performance hospitalière et relever les entraves à son évaluation, puis à présenter les modèles de sa mesure dans la littérature en partant des modèles unidimensionnels à savoir le modèle rationnel, le modèle des ressources, le modèle des processus, le modèle des relations humaines et le modèle décisionnel et leur limites puis en débouchant sur les modèles multidimensionnels. Il s'agit-là du modèle de Donabedian, du modèle de Sicotte et son équipe, du tableau de bord prospectif développé par Norton et Kaplan ainsi que du modèle PATH de l'OMS.

L'intérêt de ce travail se justifie par l'importance accordée à la performance hospitalière dans un contexte marqué par la rareté des ressources, la succession des crises sanitaires, ainsi que l'évolution des pratiques managériales notamment sous l'impulsion du New public management.

Mots clés : Hôpital ; performance ; mesure ; modèles unidimensionnels ; modèles multidimensionnels.

Abstract

Several authors have focused on the study of hospital performance despite the difficulties inherent in it. Indeed it is a fuzzy and ambiguous notion whose meaning differs according to the context. This article aims firstly to define hospital performance and identify the obstacles to its evaluation, then to present the models of its measurement in the literature starting from one-dimensional models, namely the rational model, the resource model, the processes, the human relations model and the decision-making model and their limits, then leading to the multidimensional models. These are the Donabedian model, the Sicotte model and his team the balanced scorecard developed by Norton and Kaplan as well as the WHO PATH model. The interest of this work is justified by the importance given to hospital performance in a context marked by the scarcity of resources, the succession of health crises, as well as the evolution of managerial practices, particularly under the impetus of New public management.

Keywords: Hospital; performance; measure; one- dimensional models; multidimensional models.

Introduction

La performance hospitalière est une notion qui suscite beaucoup d'intérêt. En effet pour faire face aux crises sanitaires actuelles notamment le COVID 19 et celles à venir, les organismes de santé sont appelés à améliorer leur efficacité et efficience mais aussi leur réactivité. Deux grands facteurs expliquent cet engouement pour la performance hospitalière.

Premièrement les facteurs environnementaux (Chatelain-Ponroy&Sponem ,2007),ceux-ci sont liés à une évolution de la société vers le managérialisme notamment après l'émergence du New public management qui insère une nouvelle culture de gestion visant à conduire le secteur public comme une entreprise en prônant l'autonomie de gestion, l'évaluation des résultats et la mise en place de mécanismes de contrôle rénovés. On assiste ainsi au niveau de l'hôpital public à une évolution du paradigme bureaucratique classique à un paradigme post bureaucratique (Hernandez, 2006)où l'hôpital est plus géré qu'administré (Saint Germain, 2001).

En sus les réformes entreprises par les pouvoirs publiques qu'elles soient des réformes structurelles ou de financement ainsi que les restrictions budgétaires et la rareté des ressources constituent des facteurs qui poussent les organisations hospitalières à évaluer et améliorer en permanence leur performance.

Deuxièmement, les facteurs organisationnels (Chatelain-Ponroy ,2008) , ceux-ci se rapportent à l'élargissement des missions de l'hôpital public ainsi que la multiplication des demande des tutelles et des attentes des usagers qui se traduit par un développement des activités réalisées et par la nécessité de faire sans cesse la démonstration de la qualité du service rendu à la population.

L'objet de cette recherche est d'effectuer une revue de littérature sur la performance dans le secteur hospitalier. Dans ce cadre, notre problématique s'articule autour des questions suivantes : **comment définit-on la performance hospitalière ? Et quelles sont les difficultés qui pèsent sur son évaluation ? Quel modèle est-il le plus approprié pour mesurer cette performance ?**

Pour répondre à notre problématique nous allons dans un premier temps aborder le concept de la performance hospitalière, sa définition, ses objectifs et les contraintes qui pèsent sur son évaluation puis nous discuterons dans un second temps les modèles de sa mesure en partant des modèles unidimensionnels et leurs limites vers les modèles multidimensionnels.

1. Le concept de la performance hospitalière

La performance est un terme omniprésent mais qui ne fait pas l'unanimité. Il s'agit d'une notion floue, polysémique, valise (Grandjean, 2015), attrape tout (Pesqueux 2004). L'absence d'une définition universelle rend difficile pour les praticiens de s'entendre sur ce que signifie exactement la performance organisationnelle.

Etymologiquement, ce mot vient de l'anglais *to perform*; qui signifie (réaliser). Il était utilisé dans le domaine sportif pour désigner l'exploit d'un cheval de course. Par la suite, il fut emprunté dans d'autres domaines toujours en renvoyant à la notion d'accomplissement et de réalisation.

Dans la sphère de la gestion, la performance peut renvoyer à la fois aux moyens pour obtenir un résultat (Baird, 1986), à la réussite d'une action (bourguignon, 1995), au résultat d'une action (Bouquin, 2004).

D'après, (Plane, 2006), la performance a six dimensions .Ainsi pour être performante toute entreprise doit d'abord maîtriser ces coûts, améliorer la qualité afin de satisfaire le client, gérer le temps pour être plus réactive, et faire preuve d'innovation, de variété et de flexibilité. Selon (Bouquin ,2004), la performance combine entre les notions d'Economie qui consiste à s'octroyer les ressources nécessaires, d'Efficiency qui consiste à produire à moindre coût et d'Efficacité qui renvoie à l'atteinte des objectifs fixés. Par conséquent, afin de mesurer la performance, il convient de mesurer ces trois composantes.

Pour sa part, (Morin et al 1996), considèrent la performance comme un construit, la signification qu'on peut lui attribuer diffère selon l'expérience, le statut et les objectifs de l'évaluateur.

S'agissant d'Yves Chatenay, il considère que la performance consiste à atteindre les objectifs fixés en respectant les délais, coûts, normes de qualités, quantités déterminés au préalable.(Amaazoul,2018).

Quant à (Lorino ,1997), il considère comme performant tout ce qui conduit à maximiser le couple coût-valeur de l'entreprise.

Citons qu'à prime abord, la performance avait une connotation financière et était tournée vers la satisfaction des actionnaires. Elle visait la maximisation du profit (Saulquin et al, 2007).

Par la suite nous assistons au passage à la performance commerciale qui vise à augmenter la satisfaction du client en améliorant la qualité du service vente et après-vente et en faisant preuve d'innovation et de maîtrise de l'environnement. (El Amraoui et al, 2022).

De la performance commerciale, il y'a eu un passage vers la performance organisationnelle qui tient compte non seulement des exigences des actionnaires, mais aussi de celles des clients et des employés.

Enfin est apparue la notion de performance globale qui tient compte des dimensions économiques, sociales et environnementales. (Baret, 2006),(Werther & Chandler, 2010), (Maurel & Tensaout, 2014).

Concernant la performance hospitalière citons que sa mesure remplit les objectifs suivants :

- Gestion optimale des coûts surtout dans un contexte marqué par les contraintes financières et la rareté des ressources.
- Amélioration du pilotage interne des établissements hospitaliers.
- Etablissement de benchmarking entre les établissements hospitaliers.
- Mise des hôpitaux sous contrôle afin d'avoir une visibilité sur leur réalisation.
- Mise en concurrence des hôpitaux.
- Amélioration de la satisfaction des patients

En revanche, l'évaluation de la performance au sein de l'hôpital se heurte à des difficultés liées à la nature de l'activité hospitalière, aux acteurs, mais aussi à l'incertitude sur les outils de cette mesure. (Alvarez, 2011).

D'une part, l'activité hospitalière est assez complexe avec une multitude d'intervenants de spécialités et de services. Il y'a également une incertitude sur le produit hospitalier (S'agit-il de nombre de séjour, du malade, des heures de consultation). Il est même difficile de déterminer pour deux malades portant la même pathologie l'issue du processus de soin, ce qui rend difficile toute formalisation et pose le problème de savoir que mesurer exactement. (Garrot, 1995).

D'autre part, les objectifs définis pour l'hôpital public sont nombreux, peu clairs et sont pour la plupart déterminés par la tutelle, ce qui rend difficile leur hiérarchisation et leur mesure.

En sus, l'hôpital public est le lieu de rencontre d'acteurs différents (corps médical, corps paramédical, corps administratif) porteurs de rationalités différentes et poursuivant des intérêts parfois divergents. La communication entre les différents services et parfois au sein du même service est difficile. Les acteurs cultivent une opacité et une asymétrie de l'information.

De même les auteurs soulignent une forte résistance aux outils de mesure de la performance et à l'instauration d'une culture de résultat ainsi qu'un manque d'appropriation de ses outils par leurs utilisateurs. (Cauvin, 1999).

Il y'a également une difficulté de choisir un modèle de performance adapté au contexte hospitalier. S'agit-il d'un modèle transposé du secteur privé ? ou bien d'un modèle orienté vers la dimension financière ? S'agit-il d'un modèle qui met l'accent sur une seule dimension de la performance ? ou bien un modèle multidimensionnel ? Quel modèle multidimensionnel de performance choisir ?

2. La mesure de la performance hospitalière : Les modèles unidimensionnels

Les modèles unidimensionnels tendent à expliquer la performance en se référant à une dimension précise et particulière qu'il s'agit de la structure, des processus, des résultats ou encore de la satisfaction des parties prenantes.

2.1 Les modèles des objectifs rationnels

Le modèle des objectifs rationnels a été initié par (Price 1972) et appliqué au secteur de la santé par (Magnussen, 1996) .Selon ce modèle, un hôpital est performant lorsqu'il atteint ses objectifs « rationnels » de production des soins à moindre coût. En d'autre terme l'hôpital doit atteindre l'efficacité économique qui est le recoupement entre l'efficacité technique et l'efficacité allocative.

L'efficacité technique indique dans quelle mesure l'hôpital utilise de façon optimale ses ressources physiques pour un niveau de production donné.

L'efficacité allocative consiste dans un premier temps à déterminer le coût de production total de l'hôpital, puis à situer ce coût total par rapport à l'efficacité technique.

Pour mesurer la performance dans cette optique, on a recours aux ratios qui permettent d'établir une comparaison entre plusieurs établissements hospitaliers et de relever les ratios de valeur anormale, mais aussi aux régressions statistiques qui permettent de chercher la corrélation entre une variable et une autre ou d'autres variables.

Ce modèle a pour avantage de chercher les leviers sur lesquels il convient d'agir afin d'améliorer l'efficacité, il repose sur des données quantifiables facilement mesurables .En revanche, il occulte les données qualitatives et réduit la performance à l'efficacité économique. En sus, vu que les objectifs assignés à l'hôpital sont nombreux et souvent déterminés dans des termes vagues et flous, ce modèle à une difficulté à choisir les objectifs à privilégier. (Toua, 2017).

2.2 Les modèles des ressources

Ce modèle a été introduit par Yutchman et seashore (Cunningham, 1978). Il lie la performance de l'organisation à sa capacité à obtenir des ressources afin d'assurer sa survie et sa pérennité (Teil 2002). Sur ce plan on distingue entre les ressources tangibles touchables et concrets (matériel technique, lits, médicaments) et les ressources intangibles immatériels (notoriété des professeurs de médecine, nombre de collaborations à l'échelle nationale et internationale). Le défi majeur des hôpitaux est surtout d'obtenir des ressources intangibles que les autres établissements hospitaliers ne détiennent pas. Cependant cette volonté d'acquérir sans cesse davantage de ressource peut être limitante vu le contexte actuel marqué par des contraintes multiples où il convient de se recentrer sur les activités que l'hôpital maîtrise le mieux.

2.3 Les modèles des relations humaines

Ces modèles accordent une importance majeure à la satisfaction de l'individu et des parties prenantes. Ainsi la confiance accordée au personnel, la négociation, l'autonomie, l'amélioration du climat social, la cohésion, l'harmonie, la sécurité, la collaboration et la gestion des conflits sont les gages d'une organisation performante (CONNOLY et al, 1980). Ils partent du postulat de l'existence de plusieurs conflits internes qui nuisent au fonctionnement de l'organisation (Coulibaly et al, 2022).

Ainsi, la réduction des conflits internes et externes constituent un gage de performance. (Teil, 2002).

En contrepartie, les indicateurs de mesure de la performance permettent de rendre compte de la satisfaction du personnel et des parties prenantes et du climat social à titre d'exemple : le taux d'absentéisme, le taux de grève, le taux de rotation, arrêts maladies etc.

La limite de ce modèle est que la recherche du bien-être social n'est pas une fin en soi mais seulement un moyen pour faire adhérer le personnel est améliorer la productivité. (Toua, 2017).

2.4 Les modèles des processus

D'après ce modèle, pour être performant l'hôpital doit respecter les normes préétablies. D'où l'importance de l'existence d'un manuel de procédure qui définit pour chaque acte médical, le processus, les moyens et les responsables. Si tous les processus de production de soin et de prise de décision sont conformes à ce manuel, ils sont jugés satisfaisants.

L'inconvénient de ce modèle et qu'il s'intéresse à l'utilisation optimale des moyens et non pas à l'évaluation des résultats. (Nia & Omari, 2019).

2.5 Les modèles de type « décisionnels »

Ce modèle s'appuie sur l'observation minutieuse des processus de prise de décision afin de gérer la complexité et l'incertitude de l'environnement ainsi que l'asymétrie de l'information. Pour être performant l'hôpital doit améliorer sa coordination interne tout en respectant strictement les orientations stratégiques et les procédures d'organisation du travail. Les processus de prise de décision sont formalisés et les responsabilités et les tâches de chacun sont clarifiées. Les indicateurs de mesure de la performance sont les suivants : validité des décisions prises, flux d'information etc. (Azenag et al, 2022).

Le tableau N°1 récapitule l'ensemble des modèles unidimensionnels ainsi que leurs avantages et limites.

Tableau N°1 : Récapitulatif des modèles de performance unidimensionnels

Types de modèles	Modèles des objectifs rationnels	Modèles des ressources	Modèles des relations humaines	Modèles des processus internes
Dimension explicative de la performance	-Résultats de l'organisation	Structure	Satisfaction des parties prenantes	Processus
Avantages	-Repose sur des données quantifiables facilement mesurables	-Renforce la survie et la pérennité de l'organisation	-améliore la satisfaction au travail et place l'individu au cœur de l'organisation	-Permet une utilisation optimale des moyens.

Inconvénients	-Réduit la performance à l'efficience	-Peut empêcher l'organisation de se recentrer sur les activités qu'elle maîtrise le mieux	-Le souci pour le bien-être social vise seulement à augmenter la productivité	-Ne permet pas l'évaluation des résultats.
----------------------	---------------------------------------	---	---	--

Source : Auteurs

A partir de l'analyse de ce tableau il apparaît que chaque modèle de performance unidimensionnelle met l'accent sur un seul aspect de la performance (structure, processus, satisfaction des parties prenantes, résultats de l'organisation), tout en ignorant les autres dimensions. Ces modèles présentent certes des avantages mais ont aussi de nombreux inconvénients. Leur caractère unitaire ne permet pas à l'organisation d'être réactive ni de faire face aux exigences de toutes les parties prenantes et des mutations de l'environnement. Pour pallier à ces insuffisances des modèles multidimensionnels de mesure de la performance ont vu le jour.

3 : La mesure de la performance hospitalière : Les modèles multidimensionnels

L'hôpital peut être considéré comme le point de rencontre d'intérêts divergents. Les tutelles sont préoccupées par des questions d'efficience alors que les personnels soignants et les patients ont d'abord pour objectif la qualité clinique. La maximisation d'une des dimensions rappelées plus haut peut parfaitement conduire à la dégradation d'une autre dimension, parce que les ressources sont limitées, les intérêts implicites des différents acteurs sont contradictoires et les externalités fortes. Les indicateurs choisis (financiers, satisfaction client, processus internes, apprentissage et croissance) auront pour but d'appréhender conjointement la qualité des soins, les objectifs financiers à court terme et les objectifs stratégiques de développement à long terme. Si l'on ne peut fournir un modèle monodimensionnel unique de la performance, supérieur aux autres, il convient donc de s'orienter vers des modèles combinant plusieurs dimensions. (Toua, 2017).

3.1. Les travaux de Donabedian

Donabedian (1988), propose un modèle conceptuel de mesure de la performance globale qui fournit un cadre pour l'examen des services de santé et l'évaluation de la qualité des soins.

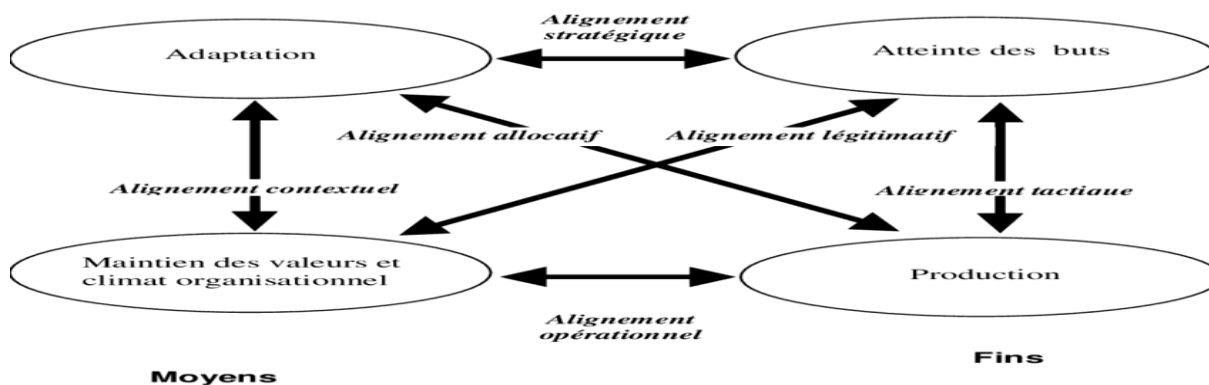
Selon ce modèle, les informations sur la qualité des soins peuvent être tirées de trois éléments : « structure », « processus » et « résultats ». La structure décrit le contexte dans lequel les soins sont dispensés, y compris la structure hospitalière, le personnel, le financement, et l'équipement. Le processus désigne les transactions entre les patients et les prestataires tout au long de la prestation des soins de santé. Enfin, les résultats se réfèrent aux effets des soins prodigués sur l'état de santé des patients et des populations.

Bien que le modèle de Donabedian continue à servir de cadre de référence dans la recherche sur les services de santé, d'autres chercheurs ont relevé les limites potentielles de ces travaux. Ainsi, selon Coyle et Battles, le modèle de Donabedian ne tient pas compte des facteurs importants liés au patient notamment la génétique, la socio démographie, les habitudes de santé, les croyances et attitudes et les préférences. Ainsi que des facteurs environnementaux notamment les caractéristiques culturelles, sociales, politiques, personnelles et physiques des patients.

3.2. Le modèle de Sicotte

Le travail de l'équipe de (Sicotte et al,1998) est basé sur une revue de la littérature qui a montré que tous les cadres d'évaluation de la performance des organisations de soins de santé ignoraient des dimensions importantes. Inspirés par le système social de Parsons et la théorie de l'action ainsi que le cadre des valeurs concurrentes de Quinn et Rohrbaugh, l'équipe développe un modèle intégratif qui stipule que la performance hospitalière est multidimensionnelle. La figure N°1 suivante illustre le modèle de sicotte et son équipe :

Figure N°1 : Le modèle intégratif de performance



Source : Sicotte et al ,1998

Cette figure montre que la performance est le résultat de l'interaction entre quatre fonctions organisationnelles : production, fixation d'objectifs, valeurs & maintien de la culture et adaptation à l'environnement. Ainsi, le succès d'une organisation dépend non seulement de l'organisation de chacune de ces fonctions, mais également de la façon dont ils sont alignés les uns avec les autres.

Le tableau N°2 explicite ces quatre fonctions.

Tableau N° 2 : Les quatre fonctions de la performance de sicotte.

<p><u>Fonction atteinte des buts</u></p>	<p>Toute organisation de soins de santé a des buts et des objectifs qu'elle veut atteindre. Par conséquent des objectifs clairs et précis et qui sont partagés par tous les acteurs sont de puissants facteurs « d'attraction » qui peuvent fédérer à la fois le personnel et l'organisation.</p>
<p><u>Fonction de production de services :</u></p>	<p>Afin d'atteindre ses objectifs, un hôpital doit coordonner ses processus de production internes, qui consistent en des services cliniques et de soutien. Traditionnellement, les évaluations de la performance hospitalière se font en termes de volume, de coût et de qualité des services. Sicotte et al. Ajoutent la productivité et la coordination des facteurs de production comme éléments clés.</p>
<p><u>La fonction adaptative</u></p>	<p>Les organisations de soins de santé doivent interagir avec leur environnement pour obtenir de la main-d'œuvre, des ressources financières, des médicaments et l'équipement. Ils puisent également des ressources immatérielles de leur environnement : respect, autorité, confiance, réputation, savoir. Sicotte et al. incluent aussi</p>

	la présence sur le marché et la capacité d'apprentissage et d'innovation en tant qu'éléments clé de la fonction d'adaptation.
<u>Fonction de maintien de la culture et des valeurs</u>	Cette fonction consiste à maintenir les valeurs fondamentales dans les centres de santé souvent dominées par des valeurs professionnelles comme le dévouement du patient, l'éthique et l'autonomie professionnelle et le climat organisationnel ainsi que sur la collaboration.

Source : Auteurs

Ainsi pour que la fonction atteinte des buts soit efficace les objectifs doivent être déterminés de façon claire et précise et être partagés par l'ensemble des acteurs hospitaliers. De même la fonction de production des services doit mettre l'accent sur la productivité et la coordination entre les facteurs de production. En sus, la fonction adaptative doit miser sur l'apprentissage et l'innovation. Enfin la fonction maintien de la culture et des valeurs doit promouvoir les valeurs professionnelles comme, le dévouement, l'éthique, l'autonomie professionnelle etc.

Le cadre décrit également six alignements entre ces quatre fonctions comme le montre le tableau N° 3.

Tableau N°3: Tableau représentant les alignements entre les fonctions de performance.

Type d'alignement	Fonction reliées	Questions clés
Alignement tactique	atteinte des objectifs et production de services	Premièrement « Dans quelle mesure les processus de production de services contribuent-ils à l'atteinte des finalités ? Inversement : « Les objectifs choisis sont-ils à la portée de l'organisation compte tenu de sa capacité de prestation ?
Alignement d'allocation	Interaction avec	Premièrement « Les

	l'environnement et Production de service	ressources obtenues sont-elles suffisantes pour organiser la fonction de production de services ?» .Inversement. « Toutes les parties prenantes concernées sont-elles prises en compte lors de la définition des priorités de prestation de services ? »
Alignement stratégique	les objectifs poursuivis par l'hôpital et son environnement	Premièrement: « Qui influence les objectifs et comment ? Inversement Comment est l'alignement entre les acteurs externes et les objectifs de l'hôpital ? »
Alignement de légitimation	atteinte des objectifs et maintien de la culture et des valeurs	Cet alignement vérifie comment le choix stratégique des objectifs influence et façonne les valeurs organisationnelles et vis versa.
Alignement opérationnel	maintien de la culture et des valeurs et modalités de production du service	Cet alignement vérifie l'impact du système de production du service sur la culture et les valeurs organisationnelles et vis versa .

Source : Auteurs

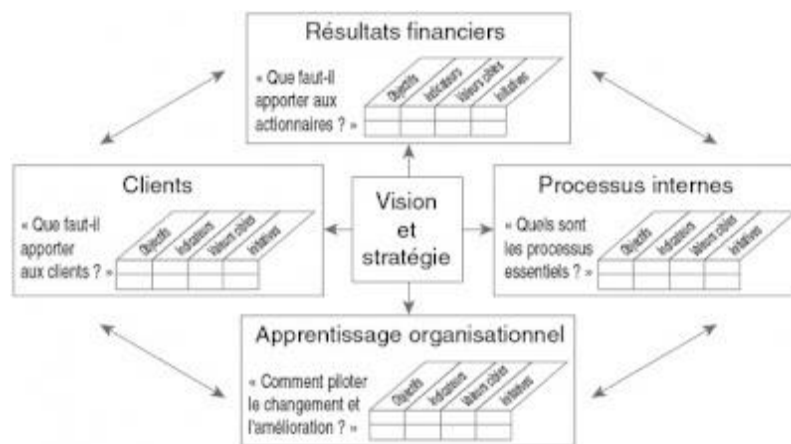
Le point fort du modèle EGIPSS réside dans la puissance des relations existantes entre les quatre fonctions, que les auteurs nomment alignements stratégiques. Ces liens permettent aux fonctions d'interagir de façon continue.

3.3 Les travaux de R. Kaplan et D. Norton.

Le BalancedScorecard fut développé par Kaplan et Norton en 1992. Cet outil s'inscrit sur une perspective à long terme. Ainsi la performance n'est plus réduite à sa seule dimension financière, mais elle est enrichie par d'autres facteurs qui amènent ces résultats.

et permet de décliner la stratégie en des objectifs opérationnels auxquels sont associés des indicateurs de mesure de performance. La figure N°2 illustre le tableau de bord prospectif.

Figure N°2 : Les dimensions de la performance du BSC.



Source : Autissier, 2007.

Cette figure montre que la performance de l'organisation est mesurée suivant quatre axes : Finance, client, processus, apprentissage organisationnel. La stratégie est déclinée en des objectifs opérationnels pour chaque dimension auxquels sont associés des indicateurs de mesure de performance. Des liens de cause à effet existent entre les objectifs des quatre axes. Ce qui forme ce qu'on appelle la carte stratégique.

Outre la première version adaptée au secteur privé, Norton et Kaplan développent un tableau de bord destiné au secteur public comme les hôpitaux par exemple.

Le BSC hospitalier tient compte des patients, des processus de production des soins et de l'apprentissage du personnel, l'axe financier permet seulement de comparer la valeur créée à son coût et ne constitue pas une fin en soi. Selon plusieurs auteurs cet outil présente un grand intérêt pour l'hôpital dans la mesure où il améliore l'orientation client et crée un langage commun sur la façon d'améliorer les soins. En plus, il renforce l'abandon du contrôle

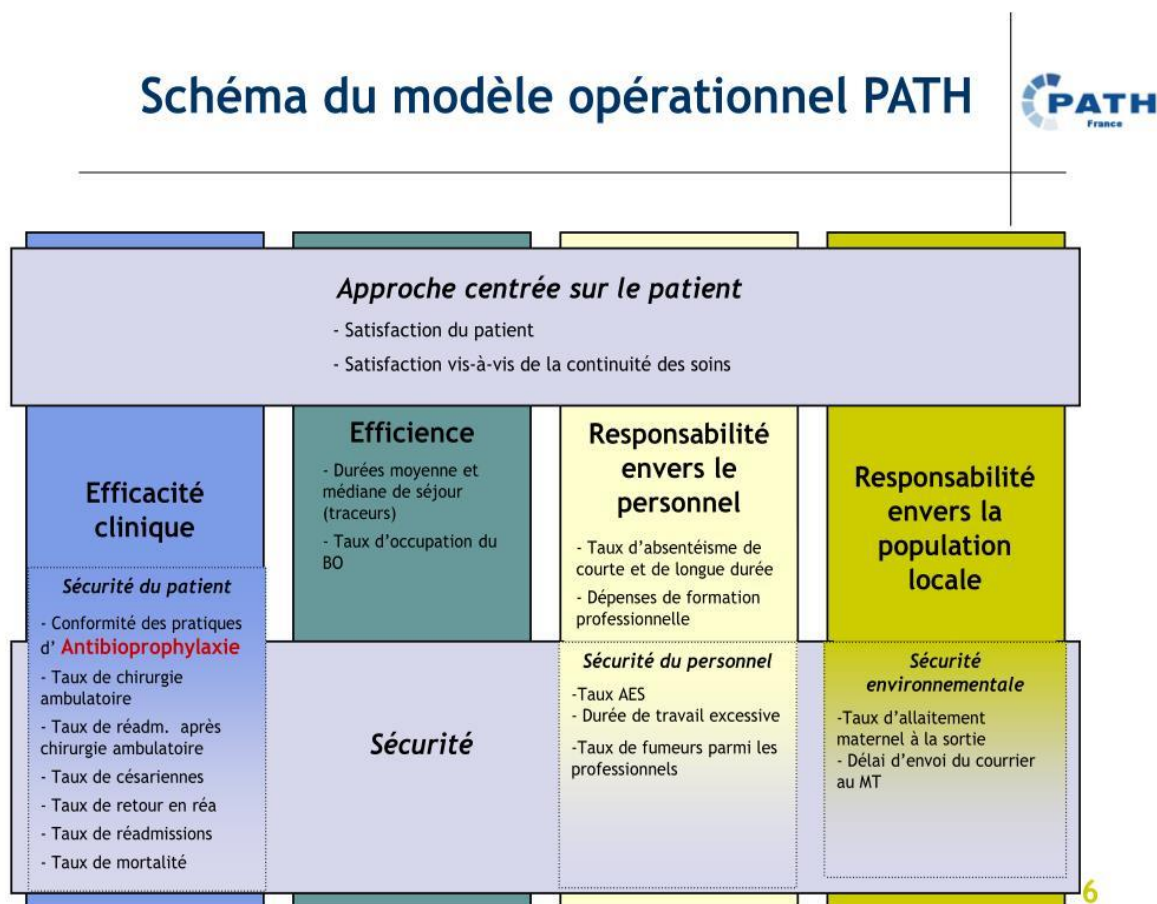
bureaucratique traditionnel (Aidemark, 2001). , Soutient la survie à long terme (Zelman et al. 2003), réduit l'incertitude organisationnelle. (Aidemark, 2001).

3.4 .Le modèle de PATH

Cet outil a été développé par le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe afin d’aider les hôpitaux à collecter des données sur leurs performances, et à ce comparer aux autres hôpitaux et ainsi lancer des activités d’amélioration de la qualité. Il s’agit d’un outil à usage interne Comprenant six dimensions : Efficacité clinique, efficacité, personnel, gouvernance réactive, sécurité, soins centrés sur le patient.

Comme le montre la figure N°3 suivante :

Figure N° 3 : Modèle PATH .



Source : JIQH, 2008, La villette.

Ce modèle de sixpiliers développé suite à une enquête en 2003 auprès de plus d’une vingtaine de pays européens afin de déterminer les indicateurs à retenir s’est étendu par la suite en Afrique mais son application nécessite une rénovation du management hospitalier

(Fernandez, 2008) ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources et technologies (Champagne, 2005).

Le tableau N°4ci-après récapitule l'ensemble des modèles multidimensionnels ainsi que leurs avantages et limites.

Tableau N°4: Récapitulatif des modèles de performance multidimensionnels.

Types de modèles	Modèle de sicotte	Modèle de donabedian	Modèle du BSC	Modèle PATH
Leviers de performance	quatre fonctions organisationnelles : production, fixation d'objectifs, valeurs et maintien de la culture et adaptation à l'environnement.	trois leviers : « structure », « processus » et « résultats ».	quatre axes : Finance, client, processus, apprentissage organisationnel.	Six dimensions : Efficacité clinique, efficience, personnel, gouvernance réactive, sécurité, soins centrés sur le patient.
Avantages	-Modèle intégratif.	-Permet d'améliorer la qualité des soins.	-Permet l'abondance du contrôle bureaucratique classique. -Soutient la survie à long terme de l'organisation.	Outil de benchmarking avec les autres hôpitaux et d'amélioration de la qualité.

Source : Auteurs.

Les modèles multidimensionnels offrent une vision plus globale et intégrative de la performance mais sont parfois coûteux et long à mettre en œuvre. Se pose aussi l'embaras de choisir entre ces panoplie de modèles et leur adaptabilité au contexte marocain.

Conclusion

A l'issue de ce travail, il s'avère qu'appréhender la performance hospitalière est un exercice semé d'embûches d'une part vu la complexité de la notion de performance qui est polysémique et ambiguë mais aussi vu les contraintes qui pèsent sur l'hôpital public en tant qu'administration publique et bureaucratie professionnelle. Les modèles unitaires de mesure de la performance empruntés pour la plupart du secteur privé mettent l'accent sur une seule dimension de la performance (structure, processus, résultats, satisfaction des parties prenantes).

En contrepartie, les modèles multidimensionnelles permettent de palier à ces insuffisances et tiennent d'avantage compte de la complexité de l'activité hospitalière.

Notre travail est une contribution dans la littérature sur la performance hospitalière et les théories du management public hospitalier. Son apport principal est de présenter des modèles de performance globale qui tiennent compte des spécificités de l'hôpital, des contraintes de son environnement, et des exigences des différentes parties prenantes. Ces modèles ont été appliqués dans les hôpitaux des pays européens et anglosaxons et ont donné leurs fruits mais restent peu explorés au Maroc, ainsi leur expérimentation par les chercheurs dans les hôpitaux marocains offre une réelle opportunité surtout dans un contexte marqué par la pénurie des ressources, la succession des crises sanitaires et la montée des exigences de la population qui poussent les hôpitaux publics au Maroc à améliorer leur efficacité et efficience.

En revanche, notre analyse reste relative, elle est à approfondir par la réalisation d'études exploratoires pour définir les conditions d'applicabilité de ces modèles de performance dans le contexte marocain. Elle ouvre la voie à d'autres questions de recherche : Quel modèle de performance globale est-il le plus approprié pour les hôpitaux marocains ? Comment adapter ces modèles de performances universels aux spécificités des hôpitaux marocains ? Quel rôle joue l'implication des décideurs et le degré d'appropriation et d'acceptation des outils et de la culture de mesure de la performance par les différents acteurs hospitaliers (corps médical, corps paramédical, corps administratifs) dans la réussite de la mise en place de ces modèles ? Comment évolue la perception de la performance hospitalière suite à la crise du covid 19 ?

BIBLIOGRAPHIE

- Aidemark, L-G. (2001).The Meaning of Balanced Scorecards in the Health Care Organizations.Financial Accountability and Management ,pp. 23-40.
- Alvarez, F. (2011). « Le contrôle de gestion en milieu hospitalier: une réponse à l'émergence de risques organisationnels ». 21ème congrès de l'AFC. France.
- Amaazoul, H. (2018).Synthèse des principales approches définitoires du concept de performance en sciences de gestion. Revue de consolidation comptable et de management, n° 2.
- Autissier ,D.(2007).Mesurer la performance du contrôle de gestion.Les baromètres de la performance.Eyrolles.
- Azenag, L., Akrich, S.,& El batmi, J.M. (2022). «La performance hospitalière: approches et modèles de définitions» .Revue Internationale du Chercheur, 3(4), pp.54–70.
- Baird, L. (1986). Managing Performance .John Wiley. New York.
- Baret, P. (2006).L'évaluation contingente de la performance globale des entreprises : Une méthode pour fonder un management socialement responsable. 2 ème journée de recherche du CEROS.
- Bouquin, H.(2004).Le contrôle de gestion .Presses Universitaires de France. Collection Gestion .6ème édition .Paris.
- Bourguignon , A. (1995). Peut-on définir la performance .Revue Française de Comptabilité , n° 269 .
- Cauvin, C. (1999). « Les habits neufs du contrôle de gestion ». In Questions de contrôle, sous la direction de Lionel Collins .PUF.
- Champagne, F et al.(2005). Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montréal.
- Chatelain-Ponroy, S.,& Sponem, S. (2007). Evolutions et permanence du contrôle de gestion : dimensions formelle et informelle. Economie et Management.
- Chatelain-Ponroy,S.(2008).Le contrôle de gestion dans des bureaucraties professionnelles non lucratives : Une proposition de modélisation. Gestion et management. Université Paris Dauphine. Paris.

- Connolly, T., Conlon, D. J., & Deutsch, S.J. (1980). Organizational effectiveness: a multiple constituency approach. *Academic of Management Review*, n° 5, pp. 211–215.
- Coulibaly, I., Diakite, O., & Tidjani, B. (2022). Performance organisationnelle dans les services de santé au Mali : Approche théorique et perspectives d'améliorations. *International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics*, 3 (2-1), pp.295-307.
- Cunningham, J.B. (1978). A Systems-Resource Approach for Evaluating Organizational Effectiveness. *Human Relations*, n°31, pp.631–656, <https://doi.org/10.1177/001872677803100705>.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed. *JAMA*, n°260.
- El Amraoui, H., & Hinti, S. (2022). La performance d'entreprise : Histoire d'un concept (1950-2020). *Revue Française d'économie et de gestion*, 3(5).
- Fernandez, A. (2008). *L'essentiel du tableau de bord*. Eyrolles.
- Garrot, T. (1995). *Le management des activités en milieu hospitalier*. Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion. IAE. Université de Nice Sophia-Antipolis.
- Grandjean, P. (2015). Chapitre 1 : La performance, contenus et formes. Dunod, pp. 9-29.
- Hernandez, S. (2006). An Archetypal Approach to Bureaucratic and Post Bureaucratic Managements: the Case Study of a French Public Service Establishment. EFMD Conference on Public Sector Management Development, IMPGT. Aix-en Provence.
- Lorino, P. (1997). *Méthodes et pratiques de la performance*. Édition d'Organisation.
- Magnussen, J. (1996). Efficiency measurement of the operationalization of hospital production. *Health Services Research*, n° 31, pp.21–37.
- Maurel, C., & Tensaout, M. (2014). Proposition d'un modèle de représentation de mesure de la performance globale. *Comptabilité Contrôle Audit*.
- Moret, L. (2008). Le projet Path-OMS de comparaison des performances. JIQH. La Villette.
- Morin, E. Guindon, M., & Boulianne, E. (1996). Les indicateurs de performance. *Ordre des comptables généraux licenciés du Québec et Guérin*. Montréal.
- Niah, H., & OMARI, M. (2019). «The hospital performance evaluation process: Case of the University Hospital Center "UHC" in Morocco». *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, «Numéro 4: Juillet 2019/ Volume 2 : numéro 3», pp. 668-686.

- Pesqueux, Y. (2004). La notion de performance globale. 5^{ème} Forum international sur la performance globale de l'entreprise ETHICS. Carthage.
- Plane, J.-M. (2006). Quoi de neuf en management? Théories et pratiques. Cahiers Économie et Gestion n°89. APCEG .Édition Fontaine Picard.
- Price, J.L.(1972). The Study of Organizational Effectiveness. The Sociological Quarterly, n°13,pp.3–15 ,<https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1972.tb02100.x>.
- Saint-Germain, M. (2001). « Une conséquence de la nouvelle gestion publique : L'émergence d'une pensée comptable en éducation ».Éducation et francophonie, 29(2), automne .
- Saulquin, J.-Y.,& Schier,G.(2007).Responsabilité sociale des entreprises et performance. Complémentarité ou substituabilité.La Revue des Sciences de Gestion, n° 223.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopulosa et al. (1998).A conceptual farmework for analysis of health care organizations performance .Health Services Management Research.
- Teil, A. (2002). Défi de la performance et vision partagée des acteurs : Application à la gestion hospitalière. Université Jean Moulin –Lyon 3.
- Toua, J. (2017). Caractérisation et spécificité de la performance hospitalière :Une approche par le modèle Path dans l'hôpital public marocain.Université de Pau et des pays de Ladour.
- Werther, J.W.,& Chandler, D. (2010).Strategic corporate social responsibility, Stakeholders in a global environment. Sage.
- Zelman, W.N., Pink, G.H., &Matthias, C.B.(2003).Use of the balanced scorecard in health care.Journal of health care finance.