

**DÉFINITION DE LA PERFORMANCE DES SERVICES
HOSPITALIERS: ENQUÊTE AU SEIN DU CHU
MOHAMMED VI D'OUJDA**

**DEFINITION OF THE PERFORMANCE OF
HOSPITAL SERVICES: AN INVESTIGATION IN
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 : Cet article présente les résultats d'une enquête menée auprès des acteurs stratégiques et opérationnels du CHU Mohammed VI d'Oujda. L'objectif de l'étude a été d'abord d'élaborer un modèle pratique de la performance hospitalière puis d'explorer les différentes perceptions de la performance selon quatre catégories d'acteurs hospitaliers (Médecins, Infirmiers, Agents administratifs et Pharmaciens). La construction du modèle empirique de la performance a été basée sur le modèle théorique développé par Sicotte et al. (1998), lui-même reposant sur la théorie de l'action sociale de Parsons (1951, 1977). Les résultats de l'analyse font ressortir des divergences d'opinion importantes entre les différentes catégories professionnelles sur les caractéristiques d'un hôpital considéré comme performant.

Mots-clés : *Performance ; Indicateurs ; Hôpital ; Théorie des organisations ; Théorie de l'action sociale.*

Abstract: This article presents the results of a survey conducted among the strategic and operational actors of the University Hospital Mohammed VI in Oujda. The objective of the study was first to develop a practical model of hospital performance then to explore different perceptions of performance according to four categories of hospital actors (Physicians, Nurses, Administrative Officers and Pharmacists). The construction of the empirical model of performance was based on the theoretical model developed by Sicotte and al. (1998), which is based on Parsons' social action theory (1951, 1977). The results of the analysis reveal important differences of opinion between the different categories of professionals on the characteristics of a hospital that is considered as performing.

Keywords: *Performance, Indicators, Hospital, Theory of Organizations, Theory of Social Action.*

Introduction

L'injonction à la performance est devenue permanente dans presque tous les domaines (Znati M, 2017) et l'hôpital n'y échappe pas, car si la santé n'a pas de prix, l'hôpital, lui, a un coût et pas des moindres. Seulement évaluer la performance hospitalière n'est pas une tâche aisée, aucun consensus ne se dégage autour de ce que chacun considère comme faisant partie de la performance et par conséquent de ce qu'il est nécessaire de mesurer (Jaques J, 2013).

Améliorer l'état de santé, faire preuve de réactivité, optimiser l'utilisation des ressources disponibles, éviter les durées de séjours trop longues, obtenir un pourcentage élevé de patients satisfaits, optimiser l'occupation des lits... Ces différents contenus de la performance renvoient aux parties prenantes et à leurs évaluations de la performance en fonction de leurs intérêts.

Quelle représentation retenir alors ? Quelle dimension privilégier ? La volonté d'amélioration de la performance des organismes de santé exige d'avoir une définition claire et précise de ce que l'on entend par performance (Contandriopoulos et al. 2008). Il est alors impératif, de mettre en place un cadre conceptuel rigoureux dans lequel des évaluations de la performance peuvent être effectuées.

Dès lors, le but de ce travail est, d'identifier les différentes conceptions que se font les principaux acteurs (médecins, infirmiers, pharmaciens, agents administratifs) de la performance de l'hôpital, de confronter ces représentations puis de déterminer les aires éventuelles de consensus ou de divergence. La mise en évidence de ces aires de consensus ou de divergence est importante car un hôpital ne peut être performant -quelle que soit la définition de performance utilisée -que si ses acteurs joignent leurs forces pour atteindre un jeu d'objectifs communs. (Sicotte et al.2002).

La première partie de cette étude permettra la mise en évidence de la multi-dimensionnalité de la notion de performance à travers les principaux modèles de performance organisationnelle existant en théorie des organisations, ensuite, la présentation du modèle intégrateur qui fournira un cadre conceptuel de base à l'appréhension de la performance hospitalière.

Dans la partie « Matériel et méthodes » nous décrirons comment le questionnaire a été conçu. Nous passerons ensuite à la présentation des résultats de l'étude empirique réalisée auprès des acteurs stratégiques et opérationnels du CHU d'Oujda. Finalement, nous comparerons les priorités des différents acteurs en fonction de leur groupe professionnel d'appartenance.

1. Revue de littérature relative aux modèles de performance organisationnelle

La définition de la performance est étroitement liée à la conception de l'organisation retenue et une variété de conceptions engendre une variété de modèles de la performance (Cameron KS et Whetten DA 1983, p.292). La synthèse effectuée par Quinn et Rorbaugh (1983) propose de les regrouper autour de quatre modèles d'organisations :

1. *Modèle des objectifs rationnels* : Dans ces modèles, seuls les aspects mesurables sont pris en compte. Les objectifs sont définis alors en termes de production de soins, et c'est en ce sens que l'on parle de « rationnel ». L'évaluation de la performance se base sur un raisonnement de type « industriel » en appréhendant l'activité hospitalière au travers des résultats de celle-ci tel que *le nombre de journée ou le nombre de patient traité* (Sexton et al, 1989). Les aspects qualitatifs tels que *la pertinence des actes effectués* ne sont pas pris en compte. Or les résultats de production à eux seuls ne peuvent pas suffire à apprécier la performance d'un établissement de soins tout particulièrement lorsque la mission de celui-ci dépasse largement la production de soin : enseignement, recherche, formation.. pour les CHU.

2. *Modèle des ressources* : Ces modèles définissent la performance selon la capacité de l'organisation à obtenir les ressources essentielles à son bon fonctionnement et nécessaires à sa survie. Ces ressources peuvent être tangibles telles que l'équipement en technologie de pointe, qui traduit la progression dans les modes de traitement et de pris en charge ou intangible telles que les compétences internes mesurés à l'aide d'indicateurs comme: la présence de professeur universitaire de médecine praticiens hospitalier.

3. *Modèle des relations humaines* : Les organisations sont perçues comme des arènes politiques où des groupes d'intérêt différent interagissent (Connolly et Coll., 1980). La performance se définit alors comme la capacité de l'organisation à satisfaire l'ensemble de ses parties prenantes.

Ce modèle appelle à une plus grande autonomie et confiance en l'individu et à l'implication et la participation de tous dans la prise de décision. La performance se mesure donc à travers des indicateurs sur le climat social, l'absence de conflits ou encore la cohésion des membres au sein de l'organisation.

4. *Modèle des processus internes* : Dans ce type de modèles, l'organisation performante est celle dont les processus de production respectent des normes prédéfinis. Ce type de démarche est généralement appliqué aux établissements de soins dans la mesure où l'activité est caractérisée par une forte asymétrie d'information, et qu'il y a une obligation de moyens

(ressources et processus) et non de résultat. on s'assure par conséquent que tous les moyens nécessaires ont été employé pour maximiser les chances d'obtenir de bons résultats. D'une certaine façon, si les moyens (processus de production) correspondent aux normes établies, alors la variabilité des résultats n'est due qu'aux caractéristiques intrinsèques des patients prises en charges.

Tous ces modèles mettent en l'avant une dimension particulière de la performance. Dans l'absolu, rien ne permet de prouver qu'un modèle d'organisation est meilleur que l'autre (Cameron et Whetten 1983). La poursuite de l'excellence en ce concentrant uniquement sur une dimension, par exemple l'atteinte des buts (modèle rationnel), sans se préoccuper des autres, par exemple du climat social (graves pour l'organisation, voir remettre en cause sa pérennité). Toute la difficulté est alors de trouver une définition plus globale qui synthétiserait ces différentes approches. Parmi les différents modèles intégrateurs modèles de la performance :

Seashore 1983 définit la performance comme l'atteinte des objectifs organisationnels, lesquels sont structurés hiérarchiquement, l'atteinte de certains permettant de progresser vers d'autres objectifs généraux. Selon l'auteur, il existe trois groupes d'objectifs : 1° des objectifs économiques (la productivité, le profit, la croissance ..) 2° des objectifs sociaux (tel quel la satisfaction et l'aplanissement des employés) 3° des objectifs politiques(notamment la protection de l'environnement et le développement socio-économique).

La typologie des structures organisationnelles proposées par Mintzberg (1982) considère l'organisation comme outil pour réaliser des objectifs mais reconnaît également l'importance des processus de décision interne et l'adaptation à l'environnement, des fonctions indispensables au fonctionnement de l'organisation. A noter que ces trois fonctions correspondent à trois des quatre grandes écoles décrivant les conceptions de la performance organisationnelle. Mintzberg a révisé par la suite sa typologie, pour y ajouter la dimension d'"idéologie. L'idéologie comprend les valeurs et la culture organisationnelle.

Kaplan et Norton (1992) adoptent aussi dans leur modèle du balance scorecard une vision multidimensionnelle de la performance, basée sur 4 axes : processus interne, apprentissage, satisfaction des clients, résultats financier. Le modèle cherche une vision de globalité et d'équilibre puisqu'il met en avance le lien de cause à effet entre les quatre axes pour d'éviter qu'un axe soit favorisé au détriment d'un autre. L'apprentissage permet d'améliorer les processus internes de l'organisation, qui à leurs tours permettent d'atteindre la satisfaction des

clients et en fin, une clientèle satisfaite va permettre de réaliser les objectifs économiques et satisfaire les actionnaires.

Sicotte, Champagne, Contandriopoulos et al. Ont également construit un modèle à visée intégratrice. Ce modèle est fondé sur une vision très générale des fonctions que doivent remplir toute organisation dans un environnement (Sicotte et al., 1999 : 37). il s'inspire étroitement de la Théorie de l'action sociale de Parsons (Parsons, 1951, 1977; Parsons et Platt, 1973).

Cette théorie de l'action sociale précise quatre fonctions essentielles qu'une organisation doit constamment maintenir pour survivre :

- 1° Une orientation vers les buts, fonction liée à la capacité de l'organisation d'atteindre des buts fondamentaux ;
- 2° Une interaction avec son environnement pour acquérir des ressources et s'adapter ;
- 3° Une intégration de ses processus internes pour produire ;
- 4° Un maintien de valeurs et normes qui facilitent et contraignent les trois fonctions précédentes.

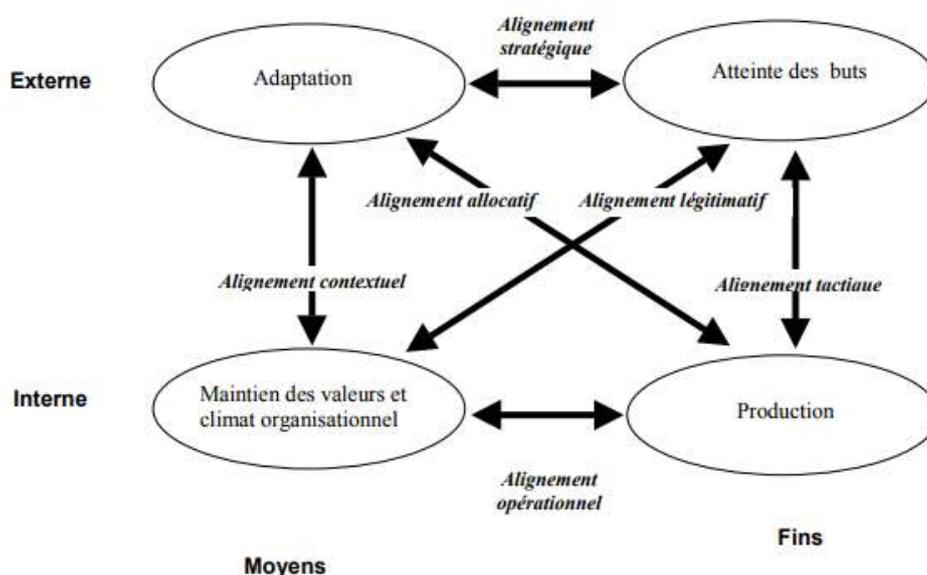
Chaque fonction est au centre d'un modèle singulier illustrant une dimension de la performance :

- 1° Modèle de l'atteinte des buts;
- 2° Modèle de l'organisation ouverte ou acquisition des ressources;
- 3° Modèle des relations humaines;
- 4° Modèle des processus internes.

Une organisation est dite alors performante lorsqu'elle arrive à maintenir un équilibre dynamique résultant des interactions et des échanges continus entre ces quatre fonctions. Chacune d'entre elles compte des sous dimension de la performance. (cf. figure 1)

C'est le cadre théorique que nous avons retenu pour notre analyse. Grâce à ce modèle, nous couvrons un champ suffisamment large de manière à n'oublier aucune dimension de la performance. Cependant notre étude est centrée sur les quatorze sous dimensions associées aux quatre dimensions de la performance, les « alignements » ou l'établissement de compromis entre dimensions n'ont pas fait l'objet de cette recherche.

Figure n°1 : Modèle de la performance hospitalière



Source : Sicotte et al.(1998)

2. Matériel et méthode

Le mode d'investigation de notre recherche était mixte, en ce sens qu'il combine une approche qualitative et quantitative, réalisé en deux temps. Dans un premier temps, l'objectif était de mettre en évidence les dimensions de la performance construites de manière empirique à partir des conceptions des acteurs stratégiques de l'hôpital marocain, au moyen d'une enquête qualitative, puis de comparer cette construction empirique au modèle théorique parsonien de base. Dans un deuxième temps, nous voulions comparer la vision de la performance selon les différentes catégories d'acteurs opérationnels (Médecins, Agent administratif, Infirmiers, pharmaciens) sur la base du modèle de performance construit empiriquement, au moyen d'une enquête quantitative par questionnaire.

- **L'enquête qualitative** a nécessité de nombreuses techniques de collectes de l'information : L'analyse documentaire, l'observation et les entretiens. L'entretien constituait la source d'information principale de notre étude, les autres étaient utiles, voire essentiels mais plutôt utilisés pour confirmer les enseignements tirés du matériau verbal. Notre stratégie d'entretien était basée sur une directivité que nous pouvons qualifier de médiane, nous avons préparé un guide d'entretien (cf. annexe 1) composé de questions ouvertes, à propos de la définition de la notion de performance, de manière à favoriser l'émergence d'une parole libre dans laquelle le non-dit parvient à s'exprimer et encourager la personne interviewée à développer un discours en profondeur.

L'échantillonnage s'est fait par choix raisonné. Ce ci a permis de choisir les participants en fonction des critères recherchés. L'échantillon se composait donc d'acteurs stratégiques, du top management, du CHU Mohammed VI d' Oujda, à a savoir : Le Directeur du CHU ; Deux chefs de services administratifs ; 12 chefs de services cliniques. Durant cette enquête nous avons échantillonné jusqu'à saturation empirique de l'information .Pires, A. (1997).

- **L'enquête quantitative** en utilisant le questionnaire (cf. annexe 2) avait comme but de cerner la variété des perceptions de la performance hospitalière en fonction de quatre grandes catégories professionnelles : *Les Médecins, les Agents Administratifs, les Infirmiers et les pharmaciens*. Le questionnaire a été élaboré sur la base du modèle de performance empirique construit l'or de l'enquête qualitative. Cette étape de conception était cruciale puisque seuls les aspects de performance envisagés dans le modèle construit empiriquement pouvaient apparaître dans les résultats, tout autre aspect omis lors de la conception était occulté des résultats. Il importait donc de bien concevoir le modèle de référence.

La méthode d'échantillonnage par quotas a été utilisée. Elle permet de s'assurer de la représentativité de l'échantillon en lui affectant une structure similaire à celle de la population générale. Pour notre échantillon de 200 individus¹, nous avons donc cherché à reproduire la population générale à petite échelle pour pouvoir extrapoler les résultats de l'échantillon à la population générale.

Tableau 1 : Proportion des individus de l'échantillon

	Structure de la population générale (quotas)	Echantillon (200 individus)
Médecins	45%	90
Infirmiers	38%	76
Agent administratifs	15%	30
pharmacien	2%	4
total	100%	200

Source : Réalisé par nos soins

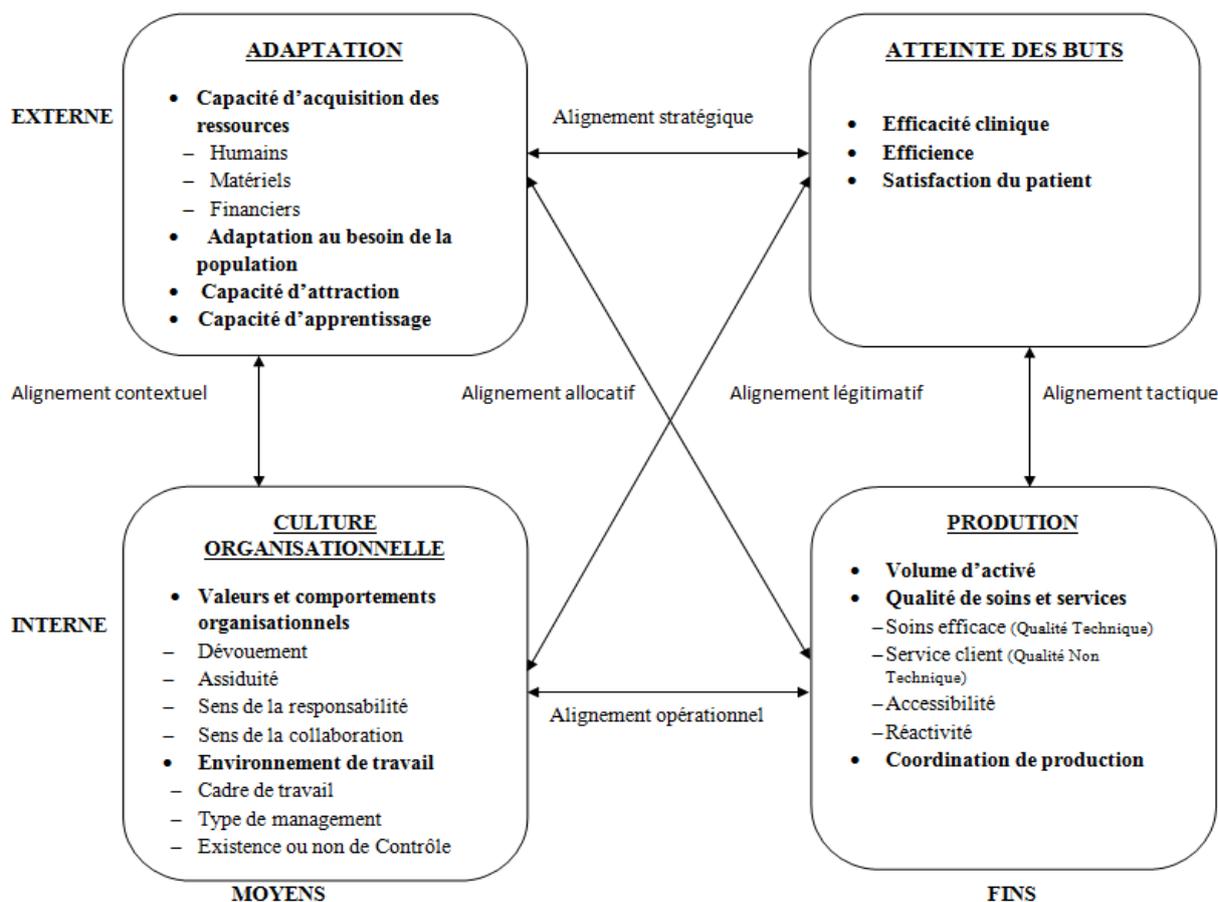
3. Résultats

1^{er} axe : Le modèle empirique de la performance hospitalière

L'analyse thématique des résultats des entretiens a fait apparaître plusieurs représentations de la notion de performance hospitalière agencées dans notre modèle pratique, représenté à la figure 2.

¹ Il est considéré dans les études marketing, qu'un échantillon moyen de 200 personnes est raisonnable (Malhotra et al, 2004).

Figure n° 2 : Le modèle empirique de la performance hospitalière du CHU VI d'Oujda



Source : Réalisé par nos soins, inspiré du modèle de Sicotte et al.(1998)

Les résultats montrent que les dimensions empiriques se rapprochent du modèle théorique (sicotte et al 1998, contadriopoulous et al 2005) avec une réorganisation au niveau de la dimension Climat et Culture organisationnelle. Une attention particulière, réapparaissant à presque tous les entretiens avec les acteurs stratégique de l'hôpital, est accordée à cette dimension.

Selon Schein (1990) « la culture organisationnelle est un ensemble de valeurs centrales, de normes comportementales, d'artefacts et de schémas de comportements qui gouvernent la façon dont, dans une organisation, les gens interagissent les uns avec les autres, et s'investissent dans leur travail et dans l'organisation dans son ensemble ».

Les valeurs et comportements positifs recherchés et induisant à l'amélioration de la qualité du service de santé sont les suivants : *le dévouement, l'assiduité, le sens de la responsabilité, le sens de la collaboration (L'aide spontanée, le respect de la hiérarchie, la perméabilité aux remarques).*

Lewin en 1951, en cherchant un modèle simple pour étudier, expliquer et modifier la conduite individuelle, a élaboré une formule aussi célèbre que celle d'Einstein en sciences physiques postulant que le comportement individuel (C) est fonction de la personnalité (P) de l'individu en interaction avec l'environnement (E) dans lequel il se trouve. $C = f(P \times E)$.

Ainsi, théoriquement, l'environnement de travail se présente comme une des voies privilégiées pour changer les comportements au travail d'un groupe d'individus. Nous le définirons comme la juxtaposition de 3 éléments que sont : *les conditions physique de travail- Le type de management (participatif, autoritaire)-L'Existence ou non de contrôle.*

2^{ème} Axe : La vision des différentes catégories d'acteurs (Médecin, infirmier, pharmacien, administrateurs)

Le tableau (cf. annexe 3) laisse apparaitre les scores moyens attribués à chaque Items (Facteur) par catégories professionnelles, toutefois pour comparer de manière claires les opinions des différents groupes professionnels, nous avons dû comparer le classement des Dimensions et Sous dimensions de la performance (Tableau n°2 et 3) et non pas leur valeur absolue. A première vue, cette comparaison montre des divergences d'opinions importantes. Le classement des Facteurs, Dimensions et sous Dimension est totalement inversé pour chaque catégorie.

Tableau n°2 : Comparaison de l'importance accordée aux Dimensions en fonction des catégories professionnelles

Dimension	RANG			
	Non-soignant		Soignant	
	Pharmacien	Administrateur	Médecin	Infirmier
Adaptation	1	3	1	1
Atteinte des buts	2	2	2	3
production	3	4	4	2
Culture organisationnelle	4	1	3	4

Source : Réalisé par nos soins via le logiciel SPSS.

Tableau n°3 : Comparaison de l'importance accordée aux Sous-Dimensions en fonction des catégories professionnelles

Sous-Dimensions	RANG			
	Non-soignant		Soignant	
	pharmacien	Administrateur	Médecin	Infirmier
Capacité d'acquisition des ressources	8	2	4	7
Réponses aux besoins de la population	1	11	6	3
Capacité d'attraction des clients	6	7	9	9
Capacité d'apprentissage	3	4	2	1
Efficacité clinique	7	8	1	2
Efficience	5	3	10	12
Satisfaction du patient	10	5	8	8
Volume d'activité	12	12	12	10
Qualité	2	10	7	4
Coordination de production	9	9	3	6
Valeurs et comportements organisationnels	11	6	11	11
Environnement de travail	4	1	5	5

Source : Réalisé par nos soins via le logiciel SPSS.

4. Discussion

Administrateurs, Médecin, Infirmier et Pharmacien s'accordent tous à octroyer le score le plus faible à la **Sous Dimension Volume d'Activité**. Le volume d'activité est pourtant souvent considéré comme un indicateur de performance et de qualité. Il amène cependant à deux interrogations :

Premièrement, les acteurs s'interrogent sur le caractère appropriés de ces interventions. Ces nombreux actes effectués sont il d'abord tous nécessaires ?

Deuxièmement, quel est le sens de la causalité entre le volume et la qualité des soins dans les établissements de santé ?

Deux hypothèses principales ont été mises en avant (Com-Ruelle et al., 2008):

- la théorie des *renvois sélectifs*, selon laquelle les patients sont orientés vers les médecins et hôpitaux ayant de meilleurs résultats et une meilleure réputation. Cela suppose que c'est la qualité qui engendre le volume d'activité plutôt que l'inverse.

- la théorie des *effets d'apprentissage* ou « la pratique rend parfait », selon laquelle la qualité des soins dispensés par les médecins et les hôpitaux augmente lorsqu'ils soignent plus de patients (grâce à une expérience accrue), notamment dans le cadre de procédures de soins complexes.

Il est, en effet, raisonnable de considérer qu'une équipe chirurgicale qui effectue un grand nombre d'interventions par mois est plus compétente qu'une équipe qui n'effectue qu'une ou deux interventions par mois.

À l'opposé, un certain nombre d'études concordantes montrent également l'existence dans certains domaines de niveaux d'activité à partir desquels la qualité des soins peut décroître Pierre L., Michelle N., Dominique B., Phillippe. C, (1999) : « dans certaines disciplines comme la chirurgie cardiaque, la réanimation et la néonatalogie, les problèmes de ressources disponibles et d'organisation collective deviennent plus délicats à gérer lorsque l'activité dépasse un certain niveau et/ou les risques d'infections nosocomiales par contamination croisée augmentent ».

L'ensemble des acteurs interrogés s'entendent sur l'importance de la **Sous Dimension Capacité d'apprentissage**, tout particulièrement le personnel Infirmier qui la place en première positions et attribue également une note élevée au facteur **Formation**.

En réalité, la relation de prescription², entre médecins et infirmiers rend le rapport social entre ces deux catégories professionnelles fortement hiérarchisé, une hiérarchie ressentie comme pesante selon les dires des infirmières. En effet, par leurs prescriptions, les médecins dictent une partie de l'activité des infirmiers. (Nicolas J., Loup W,2006).

Cette relation de commandement réduit considérablement la zone d'autonomie du corps infirmiers. Une autonomie que ces dernières tendent d'augmenter. Mais à autonomie s'associe la notion de **compétences**, afin de pouvoir faire face aux situations rencontrées.

La compétence, permet de contrôler les zones d'incertitude, c'est une source importante de pouvoir. Moins cette compétence est remplaçable et substituable, plus elle donne de pouvoir à celui qui la détient. « Si je suis seul à savoir résoudre un problème particulier, les autres dépendent de moi » Delavallée, Eric (2016)

Ceci expliquerait le score élevé accordé à la **Dimension Apprentissage** et au facteur **Formation** par le corps infirmier. Une volonté peut être d'approcher le pouvoir des médecins, qui leur provient de leur connaissance spécialisée et hautement qualifiée.

² Dahir n° 1-57-008 du 21 chaabane 1379 (19 février 1960) réglementant le port du titre et l'exercice de la profession d'infirmier. Article 7 : Les infirmiers ne peuvent accomplir d'acte professionnel que sur ordonnance médicale.

Concernant les **Facteurs Efficience/Efficacité**. Nous constatons que les agents administratifs accordent un score important à la **Dimension Efficience**. Les Pharmaciens lui accordent également une position avancée, alors que les médecins et infirmiers la place en derniers rangs.

Cette divergence d'opinions montre l'orientation économique- marchande pour le personnel non-soignant. Parallèlement, le bas score de la Dimension Efficience obtenu du côté du corps médical n'est pas contre intuitif. Pour le médecin, il faut soigner ses patients dans les délais impartis et tous les moyens sont envisageables du moment qu'ils lui permettent de réaliser les objectifs fixés. Le souci primordial, est le résultat (l'amélioration de la santé du patient). Un sentiment d'étrangeté est souvent ressenti à l'égard de l'idée de calcul de ressources engagées durant le processus permettant d'atteindre ce résultat. L'action du médecin repose plus sur un principe d'efficacité que d'efficience (Camille L., 2014). Un souci et rôle réservé au gestionnaire.

Le pharmacien hospitalier est un professionnel de santé expert du médicament et des dispositifs médicaux et un gestionnaire de produits. Ces deux facettes de leurs activités leur confère une figure à la fois médicale et administrative et donc une logique hybride.

Un score moyen est accordée à la **Dimension Coordination de Production** par le personnel non-soignant (Agent administratif et Pharmacien) alors qu'un score plus important est donnée par le personnel soignant (Infirmier et Médecin). Spécialement pour les médecins, désireux que la **Coordination entre service** soit meilleur.

La coordination suppose en fait une fluidité dans l'accueil et le suivi des patients, elle implique un mécanisme d'engrenage des actions, ou chaque tâche en suit une et en précède une autre Chantal M.(2013) . Ces successions doivent être fluides et sans ruptures pour assurer au patient « la *continuité* des soins », élément clés de la qualité des services et de la performance.

En reprenant le modèle de Contandriououlos nous distinguons trois niveaux de coordination dépendants du degré de complexité de la situation de santé du patient : Séquentielle, réciproque, collective.

Au niveau du service, les hospitalisations programmées s'apparentent à une coordination séquentielle, celle-ci ne présente pas de difficulté dans le parcours de soins. Le processus de prise en charge est dans ce cas clairement identifié et connu des acteurs. Les prises en charge de patients en urgence ou de patients transférés d'un service à un autre, quand à elles, correspondent à des coordinations réciproque ou collective. C'est à ces niveaux que les choses

se corsent. Le patient est traité simultanément par plusieurs professionnels et chacun doit tenir compte du travail des autres pour prendre en charge adéquatement le patient. Plus l'incertitude et l'équivoque sont grande, plus le niveau d'interdépendance est élevé, plus une coordination collective est nécessaire.

Seulement, l'accroissement du rythme d'accueil des patients et l'hyperspécialisation médicale, favorisent le cloisonnement entre unités de soins. Les professionnels sont avant tout préoccupés par leurs propres résultats (La bonne santé des patients de leurs services) et accessoirement par leur contribution à la performance d'ensemble (Résultats de santé des autres services et de l'hôpital).

Médecin, infirmier et pharmacien accordent tous un score faible à la sous dimension **Valeurs et comportement organisationnel**, ne la considérant donc pas comme facteur induisant à la performance organisationnelle. Tandis que les administrateurs lui accordent plus d'importance.

Ce système de valeurs positives, devant composer la culture de l'organisation hospitalière et donc orienter les manières d'agir du personnel, est considéré comme peu important du côté du personnel soignant. ces résultats ne sont pas contre intuitif, ils reflètent le désarroi exprimé par les chefs de services à l'encontre du manque d'imprégnation du personnel d'une culture organisationnelle positif.

Pourtant tout groupe social a besoin d'un minimum de cohésion et de cohérence pour fonctionner de façon optimale. Le renforcement de la culture d'organisation contribue à cette mission, en leur donnant des fondements (système de valeurs, croyances) communs qui vont leur permettre de travailler ensemble au-delà des différences. Olivier Meier (2013)

Peter Drucker (1994) l'aura dit « La culture mange la stratégie au petit déjeuner! ». Nous aurons beau construire des plans d'actions, définir de nouvelle stratégie, si tout les esprits ne rame pas à l'unisson, nous ne pouvons espérer atteindre les objectifs de l'organisation et réaliser une performance organisationnelle.

Le fait que les agents administratifs classe cependant cette **Dimension de Culture organisationnelle** en première position n'est pas étonnant. Raelin (1989) montre en effet, que la différence essentielle entre professionnels (Médecins) et managers (Agents administratifs) est affaire de culture. La plupart des professionnels sont soumis à une socialisation précoce dans une discipline qui s'étend sur plusieurs années d'apprentissage pendant lesquelles des normes et des valeurs propres à la profession sont inculquées, pour aboutir à leur intériorisation par les individus. Une fois sur le lieu de travail, quel qu'il soit, ces normes et

valeurs constituent l'épine dorsale du comportement du professionnel. La légitimation au près des pairs est obtenue par l'obéissance à ces normes là.

Les managers (agent administratif), au contraire, connaissent une autre forme de socialisation : leur savoir est surtout acquis sur le terrain. Ils obtiennent une légitimation en incarnant les normes et valeurs de l'organisation qui les emploie.

Pour résumer notre idée, *la sociologie des professions explique le conflit entre administrateurs et professionnel médical par un conflit « d'appartenance »* : chez les agents administratifs, c'est l'appartenance à l'organisation qui prédomine (ici, le CHU Mohammed 5 d'Oujda) ; chez les professionnels médicaux, c'est l'appartenance à la profession (La profession médicale en générale), c'est-à-dire à un groupe défini avant tout par le travail effectué, quel que soit le lieu où il est pratiqué.

Conclusion

Tenter de définir la performance hospitalière est à l'image de cet organisme : Intéressant, complexe mais difficile à verbaliser. Les hôpitaux appartiennent en effet à un type d'organisations qualifiées de « complexes » composés de membres dont les caractéristiques et les aspirations sont très différentes. Professionnel médicaux et managers n'obéissent pas aux mêmes logiques ; Cette absence de convergence de buts apporte une réponse à la définition de la performance qui n'est pas univoque.

Chacune des dimensions et sous dimension retenue dans notre modèle de la performance hospitalière est légitime pour une catégorie d'acteurs. Or, il arrive que la maximisation d'une dimension entraîne la dégradation d'une autre. Il arrive que l'amélioration d'un critère de performance passe par la dégradation d'un autre (Qualité/ Economie), parce que les ressources sont limitées, parce que les acteurs ont des intérêts qui peuvent différer.

Cependant l'identification de ses dimensions parfois antagoniques de la performance, et légitimes, ne doit pas mener à délaisser une dimension au profit d'une autre mais conduire à l'établissement de mécanismes de concertation et de hiérarchisation aboutissant à une juste pondération des dimensions en fonction du contexte , des acteurs et des objectifs.

La performance de l'organisation est donc la capacité de cet organisation à définir les priorités communes, à combiner les différentes logiques présente, identifier le jeu d'équilibre adéquat, pour faire œuvrer les acteurs dans le sens d'une vision partagée de la performance.

Références

- Cameron K.S., Whetten D.A. (1983), *Organizational Effectiveness: A comparison of multiples models*; New-York Academic Press, 292 p.
- Camille L. (2014), *L'évolution des relations de pouvoir entre médecins et directeurs à l'hôpital public depuis la réforme fondatrice de 1941-1943*, Science po Toulouse, 56p.
- Champagne F., Contandriopoulos D., Préval J., Sicotte C. (2008) .*Conceptualisation de la performance . Les manuels d'accréditation français de la PAHO. N°475, p 27.*
- Chantal M.(2013), *La coordination dans le parcours de soins : un axe managérial pour le Directeur des soins, Mémoire, France : Ecole des Haute Etude en Santé Publique, 59p.*
- Com-Ruelle L., Or Z., Renaud T. (2008). *Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ?*. *Questions d'économie de la santé*,N°135.
- Connolly T., Conlon D.J., Deutsch S.J. (1980).*Organizational effectiveness: a multiple constituency approach. Academy of Management Review. 5, pp. 211-217.*
- Contandriopoulos A.P, Denis J.L, Touati N.*Intégration des soins : Dimension et mise en œuvre. Revue transdisciplinaire en santé, Vol 8, N°2, pp.38-52.*
- Delavallée E.(2016), *Transformer son organisation : Alignement stratégique et agilité organisationnelle*, Editeur Maxima, 357p.
- Kaplan R.S., Norton D.P.(1992).*Using the balanced scorecard as a stratégie management System. Harvard Business Review, pp. 75-85.*
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science .Harper and Bros.New York.*
- Lombrail P., Naiditch M., Baubeau D.(1999).*Les éléments de la performance hospitalière : Les conditions d'une comparaison. DREES. France*
- Malhotra, N. ; Décaudin, J.M. & Bouguerra, A. (2004), *Etudes marketing avec SPSS, Paris : Pearson Education.*
- Meier O.(2013). *Management interculturel.5eme Edition, Dunod, Paris*
- Mintzberg H. (1982). *Structure et dynamique des organisations, Les Éditions d'Organisation, Paris.*
- Nicolas J., Loup W. (2006). *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé. Rapport de Recherche, N° 64, DREES ,France.*
- Parsons T. (1951). *The social system.New York, The free press of Glencoe.*
- Price J.L. (1972). *The Study of Organizational Effectiveness. The Sociological Quarterly. Vol.13, N° 4, pp. 3-15.*

- Pires, A. (1997). Echantillonnage et recherche qualitative :essai théorique et méthodologique. In : La recherche qualitative. Enjeux épistémologique et méthodologique, pp 113-169. Montréal.
- Quinn R.E., Cameron K. (1982). Life cycles and shifting criteria of effectiveness: some preliminary evidence .Management Science, 29, pp. 91-51.
- Raelin, J. (1989). An anatomy of autonomy: managing professionals. The Academy of Management Executive,3 (3), pp. 216-228.
- Rosenberg M.J.(1969) The Conditions and Consequences of Evaluation Apprehension. Dans: RosenthalR. Et Rosnow. Artifact dans Behavioral Resarch, Academic Press, New York, pp 280-348.
- Schein, E. H. (1990). Organizational culture. American Psychologist, 45, pp. 109-119.
- Seashore S.E.(1983). A framework for an integrative model of organizational effectiveness, Press San Diego, pp. 55-70.
- Sexton et al (1989). Evaluating Managerial Efficiency of Administration Medical Centers using Data Envelopment Analysis. Medical Care, N° 22, pp. 922-938.
- Sicotte C., Guisset A.L. , Leclercq P. (2002). Définition de la performance hospitalière. Sciences sociales et santé, Volume 20, N°2, pp. 65-104.
- Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos A. P., Barnsley J. (1998). A conceptual framework for analysis of health care organizations performance. Health Services Management Research, 11, pp. 24-48.
- Sicotte C, Champagne F., Contandriopoulos A. P.(1999). La performance organisationnelle des organismes publics de santé. Ruptures Revue Transdisciplinaire en Santé. 6, 1, pp. 34-46.
- Znati, M. (2017). Perspectives de mesure de la performance de la gouvernance. Revue du Contrôle de la Comptabilité et de l'Audit.Maroc

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-directif

1. Introduction :

Bonjour, mon nom est MARKAOUI KAWTAR, doctorante en gestion. Cette enquête est réalisée dans le cadre de la préparation d'un article scientifique portant sur « la performance hospitalière au Maroc ». L'objectif de ce travail sera de cerner la conception de la performance d'un service hospitalier telle que perçue par les divers acteurs au sein de l'hôpital. Il s'agit d'une étape cruciale pour la détermination d'indicateurs de performance pertinents, applicables, et répondant aux besoins de leurs utilisateurs pouvant être la base de tableaux de bord des services.

2. Thèmes à aborder au cours de l'entretien :

- Définition d'un hôpital performant
- Les indicateurs de performance de l'hôpital
- Définition d'un service (administratif/Médical) performant
- Les indicateurs de performance d'un service (administratif/Médical) de l'hôpital

3. Caractéristiques du répondant :

- Sexe : Masculin

Féminin

- Age :

- Poste :

- Ancienneté dans le poste

Annexe 2: Classement du questionnaire par dimension et sous dimension de la performance

		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Dimensions Dimension Adaptation à l'environnement	1- Sous Dimension Capacité d'acquisition des ressources					
	1... qui a du personnel hautement qualifié	1	2	3	4	5
	22... qui parvient à augmenter son budget	1	2	3	4	5
	15... qui dispose de technologie / matériel avancé	1	2	3	4	5
	2- Réponse aux besoins de la population					
	2... qui adapte son fonctionnement aux caractéristiques sociodémographiques de la population (population vieille? Pauvre ? illettré ?)	1	2	3	4	5
	13... qui est réactif aux besoins de la population (caravanes médicales, prévention..)	1	2	3	4	5
	3- Capacité d'attraction					
	20... qui est considéré comme référence dans la région	1	2	3	4	5
	21... qui fournit des services non disponibles ailleurs	1	2	3	4	5
	4- Capacité d'apprentissage					
	4... qui encourage la recherche scientifique (journée..publication scientifique)	1	2	3	4	5
	14... qui actualise les connaissances de son personnel (formation)	1	2	3	4	5
	3... qui améliore ses pratiques de gestion ;	1	2	3	4	5
Dimension Production	1- Volume d'activité					
	12... qui réalise un nombre important de consultation / opération	1	2	3	4	5
	32... dont la durée moyenne de séjour est faible	1	2	3	4	5
	5... qui développe ses services ambulatoires	1	2	3	4	5
	8... qui augmente le taux d'occupation des lits	1	2	3	4	5
	2- Qualité					
	6... qui a le souci du service client	1	2	3	4	5
	23... qui réalise des prestations de soins efficaces	1	2	3	4	5
	30... où le temps d'attente pour la consultation/hospitalisation est court	1	2	3	4	5
	31... où le temps d'interprétations des résultats des examens complémentaire (biologie , radiologie) est court	1	2	3	4	5
	7... qui rend ses services facilement accessibles à ceux qui en ont besoin	1	2	3	4	5
	3- Coordination de la production					
	11... où l'on observe une grande coordination au sein des services (interne)	1	2	3	4	5
	24... où l'on observe une grande coordination entre les différents services de l'hôpital (entre service)	1	2	3	4	5
16... où l'on observe une bonne coordination externe avec les autres établissements de soins	1	2	3	4	5	
Dimension Atteinte des buts	1- Efficacité clinique					
	10... qui améliore l'état de santé des patients	1	2	3	4	5
	29... où le taux de réussite des opérations est	1	2	3	4	5

	important					
	2- Efficience					
	38... qui produit les meilleurs résultats possibles tout en maîtrisant ses dépenses (matériel, dispositifs médicaux, médicaments)	1	2	3	4	5
	36... qui évite le gaspillage (matériels, dispositifs médicaux, médicaments..)	1	2	3	4	5
	28...: qui réduit ses dépenses	1	2	3	4	5
	9...: qui accorde de l'importance à la rentabilité financière	1	2	3	4	5
	3- Satisfaction du patient					
	33... ou les patients sont satisfait des résultats de soins	1	2	3	4	5
	17... qui reçoit peu de plainte des patients	1	2	3	4	5
Dimension Culture Organisationnelle	1- Valeurs et comportements organisationnelles					
	26... ou le personnel a le gout de la profession (aime son travail)	1	2	3	4	5
	37... ou le personnel respecte les horaires de travail	1	2	3	4	5
	34... ou le personnel s'entre aide spontanément	1	2	3	4	5
	39... ou le personnel respecte la hiérarchie	1	2	3	4	5
	35... ou le personnel accepte les remarques faites par ses collaborateurs ou responsables hiérarchiques	1	2	3	4	5
	18... ou le personnel se soucis du bon fonctionnement de l'activité de son service	1	2	3	4	5
	2- Environnement de travail					
	25... ou le cadre de travail est agréable (Bureau, Infrastructure..)	1	2	3	4	5
	27... ou les responsables font participer les membres à la prise de décision	1	2	3	4	5
19... ou les activités sont contrôlés	1	2	3	4	5	

Annexe 3 : scores moyens accordés aux Facteurs(Items) par catégories professionnelles

Facteurs	SCORE MOYEN			
	Non-soignant		Soignant	
	Pharmacien	Agent Administratif	Médecin	Infirmier
Personnel qualifié	4,5000	4,8000	4,4762	4,4091
Budget	4,0000	4,2000	3,6190	3,7273
Technologie	3,2500	4,4000	4,0000	4,0000
Données sociodémographiques	4,7500	4,0000	4,2381	4,1818
Besoin de la population	4,7500	2,8000	3,6190	4,0455
Référence	4,2500	3,8000	3,2857	3,5909
Service non disponible ailleurs	3,7500	4,6000	4,0476	3,9545
Recherche scientifique	5,0000	3,8000	4,0952	4,4545
Formation	4,5000	4,6000	4,6190	4,8182
Amélioration de la gestion	4,0000	4,8000	4,2857	4,3636
Nombre de consultation/opération	2,7500	3,4000	3,5238	3,5455
Durée moyenne de séjour	2,7500	3,2000	2,9048	3,8636
Service ambulatoire	3,7500	3,6000	3,8571	4,2273
Taux d'occupation	3,2500	2,8000	2,9048	3,0455
Service client	4,5000	3,2000	3,6667	3,5909
Soin efficace	4,2500	4,8000	3,9524	4,4545
Temps pour consultation/opération	4,0000	3,8000	3,7143	4,1364
Temps d'interprétation des résultats	4,5000	3,4000	3,9048	3,9545
Accessibilité	4,5000	4,4000	4,3333	4,3636
Coordination interne	3,5000	4,6000	4,1905	4,2273
Coordination entre service	3,5000	4,4000	4,3810	4,2727
Coordination entre établissements	4,0000	3,4000	3,9048	3,6818
Amélioration de l'état de sante	4,2500	4,2000	4,4762	4,5000
Taux de réussite des opérations	3,7500	4,2000	4,2381	4,2273
Résultats/dépenses	4,5000	4,8000	4,0000	4,3182
Gaspillage	4,2500	5,0000	4,1905	4,0000
Réduction des dépenses	3,5000	4,2000	3,2381	3,0000
Rentabilité financière	4,0000	3,8000	2,9524	3,3636
Satisfaction du patient	4,2500	4,4000	4,2381	4,0455
Plaintes	2,7500	4,2000	3,3810	3,9091
Gout du travail	4,0000	5,0000	4,6190	3,5000
Horaire	4,0000	3,8000	5,0000	3,7727

Entraide	4,0000	4,4000	4,3810	3,6364
Respect de la hiérarchie	3,5000	3,8000	3,5238	3,3182
Acceptation des remarques	4,0000	4,0000	3,9524	3,5909
Soucis du fonctionnement	4,5000	4,6000	4,3333	3,8636
Cadre de travail	3,2500	4,6000	4,0000	4,0000
Participation aux décisions	4,5000	4,8000	4,1905	4,2273
Contrôle des activités	4,5000	4,6000	3,8095	4,0455

Source : Réalisé par nos soins via le logiciel SPSS.