



**Revue D'Etudes en Management et Finance D'Organisation
N°4 Décembre 2016**

**LA PERFORMANCE HOSPITALIERE : QUELLE REPRESENTATION PAR LES
ACTEURS INTERNES ?**

« CAS DES HOPITAUX PUBLICS DE LA REGION MARRAKECH »

**THE HOSPITAL PERFORMANCE: WHAT REPRESENTATION BY INTERNAL
ACTORS?**

"CASE OF PUBLIC HOSPITALS OF MARRAKECH REGION"

Amine Zenjari

Enseignant chercheur

Groupe ISCAE

Email : azenjari@groupeisca.ma

Mohamed Sabar

Enseignant chercheur

Groupe ISCAE

Email : msabar@groupeisca.ma

Omar El Amili

Enseignant chercheur

Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales d'Agadir

Université Ibn Zohr

Email : o.elamili@uiz.ac.ma

Résumé

L'objectif de notre article est d'explorer les différentes dimensions de la performance par les acteurs internes de l'hôpital public marocain. Le secteur de la santé au Maroc connaît actuellement de profondes mutations, où interagissent plusieurs parties prenantes avec différentes attentes. Notre apport dans ce travail consiste à explorer la performance auprès des groupes professionnels dans l'hôpital public, comme une étape qui précède toute conception d'instruments de mesure. Notre proposition principale stipule que sans une vision partagée entre les acteurs internes, l'hôpital public sera en difficultés d'améliorer sa performance. Les résultats de notre comparaison entre les opinions des acteurs nous montrent qu'il y a des points d'ententes mais aussi des divergences en ce qui concerne ce qu'est un hôpital performant.

Mots clés : Hôpital public, Maroc, Performance hospitalière, Dimensions, Acteurs internes

Absract

The aim of this article is to explore the understanding of the performance by internal stakeholders of the Moroccan public hospital. The health sector in Morocco is currently experiencing profound changes, where multiple stakeholders interact with different expectations. Our contribution in this research is to appraise the subjective mental representations of hospital performance among the professional groups in the public hospital, as a step before any instruments design. Our main proposal states that without a shared vision among the internal stakeholders, the public hospital will be in difficulties to improve its performance. The results of our comparison among the views of the stakeholders shows that there are differences and points of agreement regarding what a successful hospital means.

Keywords: Public Hospital, Morocco, Performance hospital, Dimensions, Internal Actors

Introduction

A partir du XXe siècle, le système de santé¹ a enregistré une nette évolution. En effet, il est passé d'un stade d'interventions classiques rudimentaires en matière de santé publique à des services de santé fournis par une large gamme de professionnels et d'établissements de soins. Si l'amélioration de l'état de la santé de l'être humain est l'un des faits marquants dans ces derniers temps, cela a pesé lourdement sur les budgets des gouvernements. En effet, plusieurs pays réservent une partie considérable de leur richesse nationale pour les soins de santé de la population (Schieber et al, 1994).

Au Maroc, les dépenses en santé ont enregistrées une moyenne de 4.7% du PIB entre la période 1995 et 2009 et atteint 5,94% en 2013. Le système hospitalier marocain connaît plusieurs dysfonctionnements à différents niveaux : mécontentement des patients, malaise au sein des professions de santé (médecins et infirmiers), grèves enchainées, corruptions, clientélisme, insuffisance de budget, vétusté des équipements et la liste est longue (Drhimeur, 2004). La forte médiatisation des malheurs de l'hôpital public ne fait qu'alimenter un débat stérile. Tout cela n'épargne pas les hôpitaux d'être envahis par des milliers de patients accompagnés de leur famille chaque jour, et chacun aspire à un service personnalisé. Ainsi, l'hôpital doit désormais "mieux soigner" et mieux dépenser", sous contrainte d'une demande illimitée et de ressources limitées (Baptiste, 2003).

Avec tous ces problèmes, l'hôpital est dans une situation d'inefficience. Pourtant, s'il y a un consensus que la santé n'a pas de prix, l'hôpital a un coût et il apparait trop consommateur de ressources par rapport à ses résultats sur la santé de la population².

Aujourd'hui, l'hôpital marocain est en crise de légitimité (Belakouiri, 2013) ; et le défi principal auquel il fait face est de répondre à toutes les attentes contradictoires de ses parties prenantes qui constituent la société dans son ensemble. Dans son action à l'égard de la crise de légitimité que connaît l'hôpital marocain, le gouvernement a mis en œuvre des réformes (projet d'établissement hospitalier, concours de qualité, accréditation) à plusieurs niveaux. Ces réformes ont un objectif majeur celui de l'amélioration de la performance du système hospitalier. La performance et la légitimité de l'hôpital se trouvent

¹ Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. « Définition de l'OMS ».

² Les hôpitaux publics au Maroc : Niveau de l'offre et bilan d'activité, DOSA, Ministère de la santé, pp, 2006.

étroitement liées dans la mesure où l'amélioration de la performance de l'activité hospitalière doit favoriser la légitimité de cette activité (Teil, 2002).

Les réformes hospitalières mises en place pour moderniser l'hôpital ont affecté que les infrastructures (équipements biomédicaux, techniques et informatiques) et l'amélioration du processus de management (Belghiti Alaoui, 2008). L'hôpital marocain est à la recherche du sens de son activité pour se moderniser. Il doit donner naissance à ses propres critères de performance, mais cette évolution est ralentie par un manque de vision partagée des acteurs sur les critères de performance à retenir (Lamani, 2006).

Selon Sicotte et al (1999), la performance organisationnelle est contingente, multidimensionnelle et perçue différemment selon l'échelle d'appréciation retenue, mais aussi selon les acteurs. Ainsi chaque personne appartenant à une organisation possède des valeurs ou des points de vue associés à sa profession, à sa formation, ou à sa position dans l'organisation (Germain, 1994). En même temps aucune organisation ne peut survivre et être efficace sans un minimum de valeurs partagées. C'est pourquoi, les organisations sont confrontées au défi de mettre en œuvre des systèmes de gestion de performance qui soient capables non seulement d'intégrer les différents aspects de soins mais aussi les différentes perspectives proposées par divers groupes d'acteurs.

Dans le présent article, nous voudrions répondre aux objectifs suivants :

- 1- Explorer le concept de la performance qui est véhiculé dans le discours courant des acteurs organisationnels (médecins, infirmiers et administrateurs) de l'hôpital marocain.
- 2- Examiner dans quelle mesure les perceptions de la performance convergent ou divergent. Autrement dit, nous voulons confronter les opinions de ces acteurs -en fonction de leur groupe professionnel d'appartenance- et déterminer les aires éventuelles de consensus ou de conflit la structure de notre article aura la forme suivante ; dans un premier temps nous abordons le cadre théorique en expliquant le concept de la performance hospitalière, dans un deuxième temps nous avançons la méthode de recherche suivie puis nous présenterons nos résultats et une dernière étape sera réservée aux analyses.

1. LES MODELES DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE

1.1. Les modèles unidimensionnels

Dans le secteur public comme dans le secteur privé, la recherche de la performance s'impose. L'hôpital public, par sa particularité, nécessite de s'interroger sur la

définition de la performance, de ses dimensions et de ses indicateurs. Plusieurs chercheurs ont tenté de modéliser la performance hospitalière. Selon la revue de littérature, quatre modèles ont traité la performance organisationnelle (hospitalière) :

1.1.1. Modèles des objectifs rationnels

Selon ces modèles, les organisations existent pour la simple raison d'atteindre un certain nombre de buts et d'objectifs (Price, 1977). Ces modèles de type (objectifs rationnels) sont traditionnellement utilisés par la majorité des praticiens (Sicotte, 1999). Dans cette optique, les buts et les objectifs de l'organisation sont traduits en termes de volume de production et de qualité de biens ou services. Ce sont des modèles qui s'intéressent de plus aux analyses économiques de genre coût efficacité, correspondant à la vision instrumentale et fonctionnelle de l'organisation qui demeure la perspective dominante en théorie des organisations (Champagne, 2005).

1.1.2. Modèles des relations humaines

Le facteur humain constitue une place très importante dans ce courant (Guisset, 2002). Les modèles des relations humaines dérivent d'une vision organique ou naturelle des organisations. L'organisation fonctionne bien si ses membres, soulagés par les contrôles fastidieux externes, peuvent réaliser leur plein potentiel et devenir commis au bon fonctionnement de l'organisation (Adler, 1996). Dans ce type de modèles une grande confiance dans l'individu. En effet les organisations sont perçues comme des arènes politiques où de multiples parties prenantes, personnel et coalitions interagissent et où l'accent est mis sur les besoins de satisfactions de ces parties prenantes et sur les activités mises en œuvre par l'organisation pour se maintenir (Connolly et al, 1980). La négociation et le compromis seraient alors des éléments propres des organisations performantes.

1.1.3. Modèles des ressources

L'organisation dans les modèles des ressources est perçue comme un système ouvert qui dépend étroitement de son environnement (Yuchtman, 1967). Dans ces modèles, la performance est définie selon la capacité de l'entreprise de s'empocher les ressources requises à son bon fonctionnement et nécessaires à sa survie (recrutement, subvention, main d'œuvre professionnelle). Dans ce cadre, le critère de performance retenu est le potentiel de l'organisation d'acquérir et de maintenir un niveau adéquat de ressources (Grant, 1991). La performance de l'organisation est mesurée alors non pas selon ce qu'elle fait

mais en fonction de ce qu'elle est capable de faire (Barney, 1991). La performance se définit comme la capacité de l'organisation à satisfaire ses parties prenantes.

1.1.4. Modèles des processus internes

Ce genre de modèle, met l'accent sur le processus interne de production avec un respect des normes établies (Ketches et al, 1994). Selon cette perspective une organisation est considérée hautement performante est celle qui fonctionne en douceur et sans contraintes. Dans un autre sens, les moyens assurent les fins. Ici, au contraire du comptant mais la façon avec laquelle ces ressources sont utilisées pour la réalisation de l'activité. L'exemple type de cette préoccupation est représenté par la gestion totale de la qualité (total quality management). Pour cette raison, on s'assure que les moyens sont disponibles pour les mettre en œuvre afin de maximiser les chances d'atteindre de bons résultats. Autrement, si les moyens respectent les normes fixées auparavant, alors la pluralité des résultats obtenus n'est que la conséquence des caractéristiques intrinsèques des personnes prises en charge.

Chacun des travaux réalisés sur la base de ses modèles n'a qu'une vision univoque et explore généralement une seule dimension de la performance. La section suivante portera sur les modèles intégrateurs de plusieurs dimensions de la performance.

2. LES MODELES MULTIDIMENSIONNELS

L'utilisation prolongée des modèles unidimensionnels peut entraîner un déséquilibre entre les différentes fonctions de l'organisation, cela pourrait entraîner une performance très importante à certains égards et de la sous performance à d'autres (Contandriopoulos, 2008). En opposition de ces modèles centrés sur un aspect unique de la performance, il existe des approches intégratrices qui regroupent un ensemble de recherches orientées pour modéliser la performance hospitalière en combinant différents niveaux et différentes dimensions de la performance.

2.1. Modèle de A.Donabedian

Dans ses travaux A.Donabedian (1966) a pu démontrer la possibilité d'expliquer les dimensions de la qualité des soins. Deux composantes de la qualité ont été retenues : *qualité technique* : utilisation de la technologie et de la science médicale afin de maximiser les bénéfices sans accroître les risques. *Qualité interpersonnelle* : la rencontre des valeurs et normes socialement définies, pour chaque individu. Dans son étude consistant

à définir les dimensions de la qualité - menée auprès des patients et des professionnels de santé, A.Donabedian a montré que les critères de la qualité de soins sont multiples et différents. Cela est dû en premier lieu à la position de la personne au sein du système de soins et aussi aux caractéristiques de chaque personne. Ce modèle est appelé aussi la triade de Donabedian. Cette triade sous-tend que l'on peut apprécier la qualité des services de santé à partir des critères qu'on peut classer selon trois axes : la structure (disposer de bons éléments), les processus (faire ce qu'il faut) et les résultats (obtenir de bons résultats). A.Donabedian a analysé la stabilité entre ces trois axes, puisqu'il est présupposé que la structure influence les processus et à son tour affecte les résultats.

Dans son étude, A.Donabedian met l'emphase sur deux éléments qui sont de nos jours importants pour comprendre la performance organisationnelle de l'hôpital.

- 1- il n y a pas de normes universelles pour évaluer la performance
- 2- différenciation entre performances locales et performance global

2.2. Le modèle multidimensionnel de la Balance Scorecard

Le modèle Balanced Scorecard est considéré comme l'un des modèles les plus répandus et les plus utilisés par les entreprises privées et publiques dans le monde. Le modèle Balanced Scorecard développé par Kaplan et Norton n'est apparu que dans l'année 1992, il a pour objectif d'élaborer une vision stratégique pour l'entreprise en se basant sur quatre axes de performance: processus interne, apprentissage/innovation, satisfaction des clients, résultats financiers.

Kaplan et Norton (2003) adoptent une vision multidimensionnelle de la performance, ce modèle cherche une vision de globalité et d'équilibre car il met en avance le lien de cause à effet entre les quatre axes afin d'éviter qu'un axe soit favorisé au détriment d'un autre. Germain et Třebíč (2004) partent du fait que c'est l'apprentissage qui permet l'amélioration des processus internes, qui à son tour mène à la satisfaction des clients ; une clientèle satisfaite va permettre d'atteindre les objectifs économiques et enfin satisfaire les partenaires.

L'utilisation du Balanced Scorecard dans le système de santé n'est pas nouvelle. Cependant, il y a une utilisation croissante en raison de l'évolution de l'environnement et du développement des systèmes d'informations et de la communication. Selon Modell (2004), le modèle du Balanced Scorecard engendre des sentiments partagés dans le

secteur de santé. D'un côté, son équilibre entre l'information financière et non financière ainsi que son rapport à la vision et aux objectifs stratégiques en font un outil potentiel de mesure de la performance pour les organisations non marchandes qui sont confrontées aux demandes de multiples partenaires et à une pléthore d'indicateurs non reliés souvent déjà en place. D'un autre côté, des études montrent que la nature flexible du tableau de bord équilibré peut paradoxalement amplifier le problème de prolifération excessive d'indicateurs de performance des organisations du secteur public, lesquelles ont une propension à compiler plus d'informations que nécessaire pour décider et donc à surcharger le pilotage de la performance.

Dans la conception du Balanced Scorecard, quelques caractéristiques doivent être prises en considération ; parmi lesquelles la nécessité d'évaluer la performance globale, l'existence d'indicateurs portant non seulement sur l'activité et l'efficacité mais aussi la qualité et la gestion des risques, des définitions communes, partagées, des données homogènes et cohérentes du niveau globale jusqu'au niveau opérationnel.

2.3. Le modèle intégrateur de la performance organisationnelle : un cadre d'évaluation globale et intégrée de performance de système de santé (EGIPSS)

Dans le cadre du Groupe de Recherche Interdisciplinaire de Santé (GRIS) à l'université de Montréal, les chercheurs Sicotte et al. (1998) ont conceptualisé un modèle illustrant un système global et intégré d'évaluation de la performance organisationnelle. Ce modèle vient en opposition à tous les modèles traditionnels (unidimensionnels) basés sur la recherche de l'efficacité économique de la performance hospitalière. En effet, ces chercheurs tentent de concilier les différents éléments de la performance présentés dans la littérature.

Ce modèle nommé, « Evaluation Globale et Intégrée de Performance de Système de Santé »(EGIPSS) est étroitement lié de la théorie de l'action sociale de Parsons (1951) sur laquelle est également basé le modèle de Quinn et Rorhrbaugh (1983). La théorie de l'action sociale de Parsons stipule que toute organisation doit constamment maintenir quatre fonctions essentielles d'un système social pour garantir sa pérennité:

1 *orientation vers les buts* : c'est la capacité de l'organisation d'atteindre les objectifs fondamentaux.

2 *interaction avec son environnement pour acquérir des ressources et s'adapter* : pour maintenir et développer ses activités, l'établissement de santé doit dans le cours terme se

procurer des ressources nécessaires (orientation vers les besoins de la population, capacité d'attraction de la clientèle etc.)

3- *interaction avec ses processus internes pour assurer la production* : ici on parle de la fonction technique de l'organisation.

4 *maintien de normes et valeurs qui accompagnent et contingentent les trois précédentes fonctions* : cette fonction est celle qui donne du sens et de la cohésion au sein de l'établissement.

Une organisation est dite performante lorsqu'elle arrive à maintenir un équilibre dynamique résultant des interactions et des échanges continus entre ces quatre fonctions. L'équilibre résulte de la pertinence de chacune des fonctions par rapport aux missions de l'organisation et de la cohérence de l'ensemble de ses fonctions (Champagne, 2005).

La figure suivante montre le modèle EGIPSS d'une façon sommaire. Sicotte et al. spécifient des sous-dimensions par chacune des quatre fonctions :

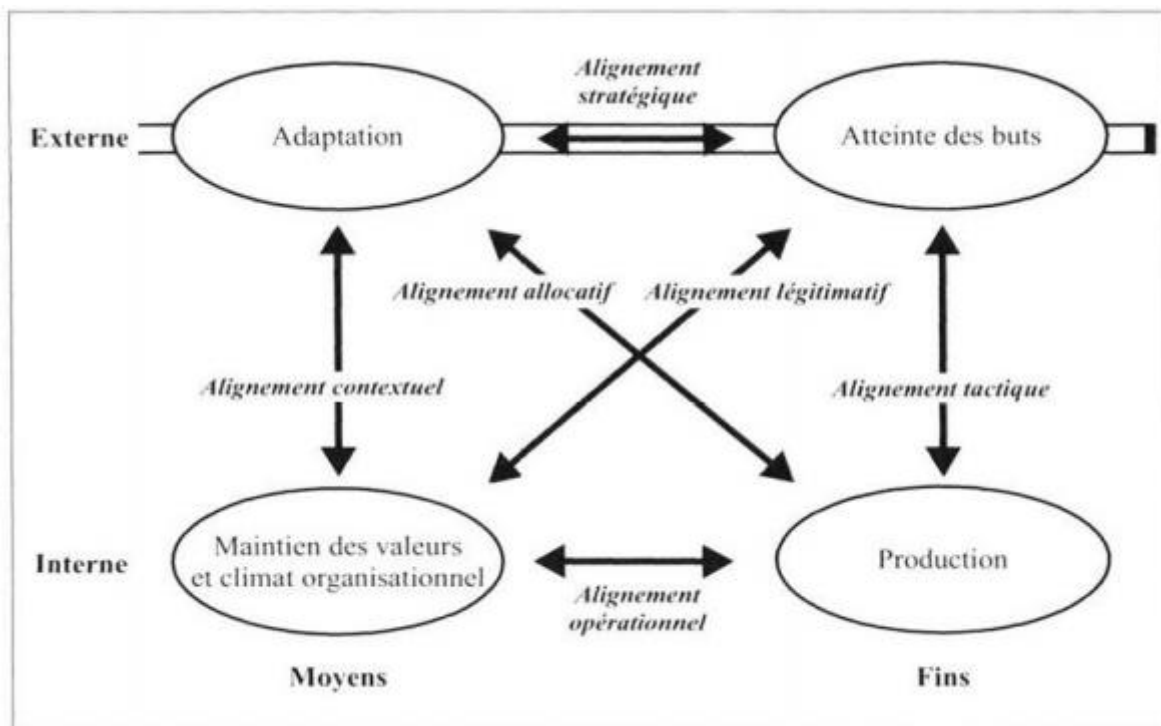


Figure 1 : Modèle de la performance (EGIPSS), Sicotte et al (1998)

Fonction atteinte des buts : les sous-dimensions sont l'efficacité (production de résultats pour la santé), l'efficacité (la maximisation du ratio cout/résultats) et la satisfaction des parties prenantes (patient, population, managers, professionnels etc.).

Fonction adaptation : les sous-dimensions sont acquisitions de ressources (humaines, financières et technologiques), mobilisation de communauté, attraction des clientèles, adaptations aux besoins de la population, adaptations aux exigences et tendances, innovation et transformation.

Fonction maintien des valeurs : les sous-dimensions sont climat organisationnel (atmosphère qui délimite l'implication et l'engagement du personnel envers l'organisation), environnement du travail, consensus sur les valeurs du système.

Fonction de production : les sous-dimensions sont productivité, volume de soins et services, qualité de soins et services (techniques : sécurité, justesse et exécution compétence ; non techniques : continuité, humanisme, globalité et accessibilité) et coordination de la production.

La richesse de la théorie parsonienne repose en grande partie sur les interactions et les liens réciproques entre ces dimensions. Dans le modèle intégrateur de Sicotte et al, (voir figure 1) ces interactions sont appelées « alignements » ou « équilibres ». Ces liens peuvent être traités comme des éléments organisationnels qui interagissent et transigent en permanence. Selon les auteurs de ce modèle, les alignements correspondent soit à la congruence, à l'adéquation, ou bien à l'impact d'une des fonctions par rapport à autre.

1- Alignement stratégique (adaptation-atteinte des buts) : cette dimension de la performance évalue la compatibilité de la mise en œuvre des moyens (adaptation) en fonction des finalités organisationnelles (les buts) ; la pertinence des buts étant donné l'environnement et la recherche d'une grande adaptation organisationnelle.

2- Alignement allocutif (adaptation-production) : cette dimension de la performance évalue la justesse d'allocation des moyens (l'adaptation) ; et comment les mécanismes d'adaptation demeurent compatibles avec les impératifs et les résultats de la production.

3- Alignement opérationnel (maintien des valeurs-production) : cette dimension de la performance évalue la capacité des mécanismes de générations des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement ou négativement le système de production ; ainsi que l'impact des impératifs des résultats de la production sur le climat et les valeurs organisationnels.

4- Alignement tactique (atteinte de buts-production) : cette dimension de la performance évalue les mécanismes de contrôle découlant du choix des buts organisationnels à

gouverner le système de production ; et comment les impératifs et les résultats de la production viennent modifier le choix des buts de l'organisation. On s'interroge alors sur la pertinence des buts.

5- Alignement légitimait (maintien des valeurs-atteinte des buts) : cette dimension de la performance évalue les mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à contribuer à l'atteinte des buts organisationnels ; et comment le choix et la poursuite des buts de l'organisation viennent modifier et renforcer ou miner les valeurs et le climat organisationnel.

6- Alignement contextuel (maintien des valeurs-adaptation) : cette dimension de performance évalue la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnels à mobiliser positivement le système d'adaptation ; et comment les impératifs et les résultats de l'adaptation viennent modifier et renforcer ou miner les valeurs et le climat organisationnel.

L'intérêt du modèle EGIPSS est :

- De grouper les différents modèles fragmentés de performance hospitalière pour proposer un modèle de performance organisationnelle : modèle de la rationalité des objectifs, modèle d'acquisition des ressources, modèle des processus internes de décision et modèle des relations humaines.
- Etablir un modèle combinatoire où la complémentarité et la concurrence des différents critères de performance sont considérés tout en conservant les spécifiés de chacun.
- Enrichir le concept de la performance en définissant plusieurs dimensions de la performance hospitalière généralement négligées.
- Proposer une grille de lecture de la performance organisationnelle sans opérer de pondération à visée universelle des différentes dimensions retenues.

Le modèle EGIPSS est un modèle exhaustif qui repose sur des bases théoriques solides et offre une vision balancée de la performance et de ses dimensions. En fait, la pertinence de ce modèle est de prendre en compte aussi bien les dimensions explicites de l'organisation que les dimensions implicites. L'activité de l'organisation et ses

performances sont le résultat de nombreux éléments, humains ou non, en interaction avec des logiques propres et des rationalités limitées³.

Un autre apport de ce modèle est qu'il peut être appliqué à n'importe quel niveau d'analyse (système, organisation, département, etc.), et ainsi servir diverses fins (amélioration continue de la performance, réédition des comptes, imputabilité, etc.).

Le modèle EGIPSS étant robuste et pertinent, il nous permet ainsi d'appréhender la performance dans toute sa complexité et d'élargir le concept pour en conserver la plus large possible. Il sera le modèle retenu pour notre travail de recherche.

3. QUESTIONNAIRE

Dans le but de réaliser notre objectif à savoir de toucher le maximum des répondants et de constater la représentation subjective de la performance hospitalière publique par les acteurs internes (médecins, infirmiers, pharmaciens et techniciens). Dans cette mesure, nous avons utilisé le questionnaire réalisé par champagne et Sicotte (2002) dans leurs enquêtes dans un hôpital en Belgique francophone. Pour contextualiser notre questionnaire nous avons distribuée ce dernier à plusieurs acteurs aussi nous avons établis de entretiens individuels et enfin nous avons organisé des focus groups.

Pour tester le modèle, nous avons regroupé les items en 4 dimensions et en 15 sous-dimensions de la performance. Notre instrument de mesure est construit comme suit :

Questions liées à la dimension adaptation

Acquisition des ressources : 5 items ; Support de la communauté locale : 5 items

Cohérence avec les valeurs sociales : 6 items ; Réponse aux besoins de la population : 5 items

Présence sur le marché : 4 items ; Innovation et apprentissage : 5 items

Questions liées à la dimension atteinte des objectifs

Satisfaction des patients : 5 items ; Efficacité : 5 items ; Efficience : 4 items

Questions liées à la dimension production

Productivité : 3 items ; Volume d'activité : 5 items ; Qualité : 5 items

Coordination de la production : 5 items

Questions liées à la dimension culture

³ Au sens de March et Simon.

Valeurs organisationnelles : 5 items ; Climat organisationnel : 5 items

Pour notre cas nous avons opté pour une présentation uniforme de nos items.

Ces derniers sont libellés sous une forme affirmative précédée par une seule question (est performant un hôpital qui) qui est valable pour toutes les affirmations. Aussi, nous avons essayé d'éviter d'utiliser des termes qualifiés de vagues et imprécis puisqu'ils sont interprétés différemment par les répondants.

En ce qui concerne le nombre d'échelons, pour des études similaires le nombre utilisé se situe entre cinq et dix. Pour notre cas nous avons opté pour un échelon de cinq pour ne pas confondre le répondant.

Dans notre étude, notre cible sont des hôpitaux publics marocains. Vu la nature de notre question de recherche traitant la perception de la performance par les acteurs internes, quelques considérations ont été respectées à savoir :

- L'exclusion des centres de santé de base ;
- Les hôpitaux où il n'y a pas un conseil d'établissement ;
- Nous avons ciblées seulement les hôpitaux provinciaux, préfectoraux, régionaux et CHU.

Notre objectif au début est d'accéder à tous les hôpitaux publics du royaume. Néanmoins, faute de temps et pour des raisons pratiques (coûts), nous nous sommes inscrits dans une méthode d'échantillonnage non probabiliste dite de convenance (Titra et al, 2006). Nous avons opté pour la région Marrakech-Tensift pour des raisons de proximité et d'accès, en plus cette région comprend tous les types d'hôpitaux publics. En ce qui concerne la sélection des participants, elle est faite sur la base de volontariat.

Ce qui est connu dans les études Marketing est l'utilisation d'un échantillon moyen de 200 personnes (Malhotra et al, 2004). Dans l'intérêt d'avoir un échantillon de 200 individus et plus, nous avons distribué 500 questionnaires et nous avons obtenus 302 réponses exploitables.

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumuli
Valide	Médecin	58	19,2	19,2	19,2
	Médecin chef	34	11,3	11,3	30,5
	Administrateur	68	22,5	22,5	53,0
	Infirmier(e)	96	31,8	31,8	84,8
	Technicien	26	8,6	8,6	93,4
	Pharmacien	20	6,6	6,6	100,0

Tableau 1 : Répartition par groupe professionnel

3. Résultat

L'objectif de notre travail est de voir quelles sont les dimensions de la performance définies par les groupes d'acteurs internes de l'hôpital public marocain. Plus spécifiquement, nous souhaitons savoir comment chaque groupe perçoit la performance hospitalière et aussi classer les critères par ordre de performance pour chaque groupe. Dans cette perspective, nous avons adopté l'analyse en composantes principales (ACP). Tout au long de nos analyses, nous avons utilisé le logiciel de traitement de données SPS 18.0 et pour faciliter la lisibilité des items nous avons effectué un codage.

Notre démarche s'effectuera en plusieurs étapes successives :

- l'analyse des résultats issus des tests de Bartlett et de l'indice KAMO afin d'identifier si les données sont factorisables;
- l'identification du nombre de facteurs à retenir selon la règle de la restitution minimale ;
- l'épuration des axes ;
- les rotations orthogonales et obliques pour clarifier la position de chaque item sur chaque axe de rotation et interprétation des axes. Nous ne présenterons ici que les rotations Vari max. Nous avons constaté qu'elles restituent, dans notre cas, un bon niveau de variance par rapport aux autres rotations.
- le calcul de la cohérence interne de chaque axe grâce à l'alpha de Cronbach.

Les résultats de l'ACP après rotation Vari max nous permettent de définir plus clairement les axes. Nous avons examiné les items qui contribuent à la formation de chaque

facteur. Après l'interprétation de chaque axe dans chaque dimension nous avons eu les résultats suivants :

Dimension adaptation composée de 6 axes : « actualisation des connaissances et apprentissage » ; « innovation et nouvelles technologies » ; « bonne gestion et adaptation structurelle » ; « Reconnaissance de la communauté » ; « obtention de fonds de recherche et ouverture sur l'extérieur » et « pôle d'attraction ».

Dimension atteinte des objectifs composée de 3 axes : « qualité des résultats » ; « efficacité des services » et « satisfaction des patients ».

Dimension production composée de 4 axes : « la qualité de prise en charge du patient » ; « coordination interne et externe » ; « productivité et efficience » et « flux et volume des patients ».

Dimension culture et climat organisationnels composée de 2 axes : « climat organisationnel et intégration du personnel » et « valeurs professionnelles et éthiques ».

Nous nous sommes adressés à des acteurs dans l'hôpital public qui sont capables par leur décision de changer ou d'affecter l'orientation stratégique de celui-ci. Nous avons mis en avant l'idée qu'il y a une forte probabilité que les infirmiers appréhendent la performance de manière différente des médecins et cela est valable pour les autres groupes opérant dans l'hôpital. De même, les médecins auront des opinions autres que les médecins-chefs impliqués dans des fonctions administratives. Quelle que soit la perception de ces acteurs, le résultat est à considérer. Pour déterminer l'importance donnée à chaque sous-dimension en fonction des groupes professionnels, nous avons attribué à chaque sous-dimension une note factorielle (score moyen) pour les classer selon l'ordre et les comparer.

Une première lecture nous indique qu'en effet il existe des disparités entre le classement des sous-dimensions obtenues (après le classement final) avec bien sûr quelques similitudes. Cette différence de classement montre que chaque groupe professionnel a ses propres préférences envers la performance. Pour bien illustrer cette différence nous allons classer les 5 premières sous-dimensions et les 5 dernières sous-dimensions pour chaque groupe professionnel.

Pour les médecins, les 5 premières sous-dimensions seront :

1- qualité de prise en charge 2- satisfaction des patients 3- bonne gestion et adaptation structurelle

2- 4- actualisation des connaissances 5- valeurs professionnelles et éthiques

Dans les 5 dernières places, nous enregistrons les sous-dimensions suivantes :

15- productivité et efficience 14- innovation et technologie 13- coûts/qualité des soins 12- climat organisationnel et intégration du personnel 11- flux et volume des patients

Pour les médecins chefs, les 5 premières sous-dimensions seront :

1- pôle d'attraction 2- coordination interne et externe 3- innovation et technologie 4- productivité et efficience 5 reconnaissance de la communauté

Pour les sous-dimensions classées dernières :

15- qualité de prise en charge 14- valeurs professionnels et éthiques 13- satisfaction des patients 12- actualisation des connaissances 11- flux et volumes de patients

En ce qui concerne les infirmiers, le classement des premières sous-dimensions sera :

1- qualité de prise en charge 2- coûts/qualité des soins 3- valeurs professionnelles et éthiques 4- efficacité des services 5- coordination interne et externe

Pour ceux classées en 5 dernières places nous trouverons :

15- pôle d'attraction 14- flux et volumes des patients 13- production et efficience 12- reconnaissance de la communauté 11- ouverture à l'extérieur

Nous trouverons dans la classe des administrateurs les 5 premières sous-dimensions :

1- flux et volume des patients 2- production et efficience 3- climat organisationnel et intégration du personnel 4- satisfaction des patients 5- bonne gestion et adaptation structurelle

Les sous-dimensions qui sont classées les dernières sont :

15- ouverture à l'extérieur 14- qualité de la prise en charge 13- coûts/qualité des soins 12- efficacité des services 11- coordination interne et externe

A leur tour les techniciens auront comme classement des 5 dernières sous-dimensions :

1- valeurs professionnelles et éthiques 2- ouverture à l'extérieur 3- flux et volume des patients 4- satisfaction des patients 5- pôle d'attraction

Pour les 5 dernières sous-dimensions nous trouverons :

15- climat organisationnel et intégration du personnel 14- bonne gestion et adaptation structurelle 13- coûts/qualité des soins 12- reconnaissance de la communauté 11- coordination interne et externe

Pour Les pharmaciens de l'hôpital public, le classement des 5 premières sous-dimensions sera :

1- reconnaissance de la communauté 2- ouverture à l'extérieur 3- production et efficacité 4- flux et volume des patients 5- qualité des résultats de soins

Les 5 dernières sous-dimensions sont :

15- valeurs professionnelles et éthiques 14- efficacité des services 13- bonne gestion et adaptation structurelle 12- satisfaction des patients 11- innovation et technologie

4. ANALYSES

Les résultats obtenus après le classement des notes factorielles des différents acteurs nous amènent à constater une première différence entre l'approche des médecins et celle des infirmiers. Une petite lecture du classement montre qu'il n'y a aucune ressemblance, à l'exception de la sous-dimension « qualité de la prise en charge du patient », qui marque la première place pour les deux groupes. La valorisation de cette dimension met en avant le travail de collaboration et la mise en place du patient au centre de la priorité des médecins et des infirmiers en vue d'assurer un excellent suivi et une amélioration des résultats des soins. Le fait que les deux groupes partagent la même sous-dimension en première place du classement est peut être dû à la volonté des infirmiers de partager le même souci que les médecins et d'être reconnus comme une profession médicale indépendante, autonome, capable d'un raisonnement scientifique et organisée. Ceci est concordant avec les recherches de Stein et al (1990) qui constatent que les infirmiers veulent travailler sur un pied d'égalité avec les autres professionnels de la santé. En effet, L'existence de cette profession date plus de 100 ans et la volonté de se libérer du « joug » médical et d'être reconnu n'a commencé qu'à partir des années quatre-vingts. Une volonté qui peut être décrite comme « la lutte ardue pour la respectabilité ».

En ce qui concerne les autres sous-dimensions, nous trouvons chez les infirmiers par ordre de préférence « coûts/qualité de résultats », « valeurs professionnelles et éthiques » et « efficacité des services ». Pour les médecins nous trouvons en deuxième position la sous-dimension « satisfaction des patients » ensuite « bonne gestion » et en quatrième

position « actualisation des connaissances et apprentissage ». Ce résultat obtenu semble tout à fait normal, puisque les infirmiers s'intéressent à l'état holistique des patients et l'efficacité du service alors que les médecins accordent plus d'importance à la satisfaction du patient lui-même « qui fait référence à son état biologique » (Tordeur et al, 2000)

La présence d'autres préférences pour d'autres sous-dimensions dans le classement de ces deux groupes vient juste pour renforcer la différence de logique entre les médecins et les infirmiers. Ces derniers travaillent en collaboration et en équipe alors que les médecins travaillent en mode de complémentarité (le médecin est seul dans le service alors que les infirmiers sont présents en groupe). Il semble que les infirmiers ont une orientation plus collective car la plupart des sous-dimensions privilégiées sont la qualité de prise en charge, l'efficacité des services, les valeurs professionnelles et éthiques et enfin la coordination (interne et externe).

En analysant l'autre groupe (administrateur, technicien et pharmacien) qualifié, non professionnel. Nous trouvons que chez les administrateurs, les sous-dimensions « flux et volume des patients », « productivité et efficacité », « climats organisationnel et intégration du personnel » et « bonne gestion » prennent les premières places dans le classement des scores factoriels. En effet ce classement vient pour renforcer l'idée que les gestionnaires ont un esprit marchand d'entreprise. Leur rôle dans l'hôpital est de maîtriser le coût, être efficace en terme de ressources disponibles et qualité des soins, sans oublier le souci de garder un climat organisationnel sain sans conflits où règne l'intégration entre les différents groupes.

Pour les techniciens qui représentent un groupe qui n'est pas traité dans la littérature, nous constatons qu'ils préfèrent les sous-dimensions suivantes « valeurs professionnelles et éthiques », « obtention des fonds et ouverture à l'extérieur », « flux et volume des patients » et « satisfaction des patients ». Ce qui paraît d'après ce classement c'est que les techniciens donnent une importance aux valeurs de leur métier, à l'éthique ainsi qu'à l'obtention de fonds pour l'acquisition de nouveau matériel.

Une autre distinction qui doit être prise en considération est celle de la différence entre l'opinion des médecins et celle des médecins chefs. A première vue, il semble que les deux groupes pondèrent de manières très différentes les dimensions de la performance. Le classement en fonction du poids accordé à chaque sous-dimension est presque l'inverse. Nous trouvons que la sous-dimension « qualité de la prise en charge des

patients » est classée en premier rang pour les médecins et en quinzième rang pour les médecins chefs. De même, la sous-dimension « actualisation des connaissances » occupe la quatrième place pour les médecins et la douzième pour les médecins-chefs. Cette divergence d'opinions est d'autant plus intéressante que les deux groupes normalement appartiennent à la même profession médicale, ce qui devrait théoriquement engendrer une ressemblance au niveau des priorités accordées aux mêmes dimensions de la performance hospitalière. La seule explication qui pourrait exister est que lorsque les médecins prennent des responsabilités administratives et veillent sur la bonne gestion de services, ils donnent plus d'importance au côté gestionnaire qu'au côté médical.

Une telle conclusion est soutenue par le classement des sous-dimensions chez les médecins-chefs, nous trouvons les sous-dimensions suivantes classées premières : « pôle d'attraction », « coordination interne et externe » et « productivité et efficacité ».

Une autre comparaison entre le groupe des médecins et des administrateurs doit être mise en lumière. Les médecins partagent avec les administrateurs une vision commune de la performance (la satisfaction des patients) et divergent fortement sur toutes les autres sous-dimensions. En effet, les points de divergence principalement sont : « qualité de la prise en charge », « climat organisationnel et intégration du personnel » et « productivité et efficacité ». Ces divergences bien évidemment correspondent aux rôles de ces acteurs et aux enjeux qui les opposent. Comme il a été mentionné, les médecins ont cette culture de veiller sur la santé du patient et orienté résultat alors que les gestionnaires raisonnent plutôt en terme d'efficacité, climat organisationnel et gestion le flux et le volume des patients visitant l'hôpital.

Conclusion

L'analyse des dimensions de la performance hospitalière nous a permis de créer un lieu de confrontation entre les représentations des différents acteurs internes de l'hôpital public. Cette analyse constituera également un point de rencontre et aussi un point de départ par le biais de négociations continues entre les groupes professionnels et la tutelle. C'est à partir de ces confrontations conditionnées par l'acceptation des différences des autres, la communication, la négociation, la volonté que se formera le ciment social entre les acteurs internes autour de leurs établissements de soins pour une performance globale.

Obtenir un consensus autour de la performance hospitalière est un voyage à plusieurs étapes qui consiste à ouvrir le débat, à initier l'échange et à faire adhérer toutes les parties prenantes.

Un tel résultat a besoin de temps, le temps qu'il faut pour que les acteurs internes apprennent à se comprendre les uns les autres et atteindre un compromis dans un secteur qui s'est développé sur la base de la segmentation et de la séparation.

Dans le terrain, les acteurs internes ont adopté des opinions différentes concernant la performance. Accepter l'idée de la différence entre les visions de ces acteurs mènera les responsables à passer au diagnostic pour mettre en avant les différentes logiques de performance. Dans ce diagnostic, il sera opportun pour construire une carte de référentiels de performance des acteurs internes. Le rôle de la direction repose sur la capacité de susciter l'engagement des acteurs et de classer les priorités de performance en parallèle avec la vision du ministère de la santé.

Références

- Adler, P.S. & Borys, B.** (1996). Two Types of Bureaucracy: Enabling and Coercive. *Administration Science Quarterly*, 41(1), 61-89.
- Baptiste, V.** (2003). Le statut de l'auto-évaluation dans la démarche de changement : l'accréditation hospitalière, thèse de doctorat en gestion, Université de Jean Moulin, Lyon3.
- Barney, J.B.** (1995). Looking for Inside Competitive Advantage. *Academy of Management Executive*, 4, 49-61.
- Belakouiri, A.** (2013). L'impact des pratiques du contrôle de gestion sur la performance des hôpitaux publics, thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université Caddi Ayyad Marrakech.
- Belghiti Alaoui, A.** (2008). La réforme de santé au Maroc : pertinences et opportunités, 52-54. Retiré du site www.sante.gov.ma.
- Champagne, F. ; Contandriopoulos, A.P. ; Picot-Touché, J. ; Béland, F. & Nguyen,H.**(2005). Un Cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Modèle EGIPSS. Résumé du rapport technique, Québec : Conseil de la santé et du bien-être.
- Champagne,F. & Guisset, A.L.** (2005). The Assessment of Hospital performance: collected background papers. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS), p319, Montréal.
- Connolly, T.; Conlon, D.J. & Deutsch, S.J.** (1980). Organizational Effectiveness: a Multiple Constiuancy Approach, *Academy of Management Review*, 5, 211-217.
- Contandriopoulos, A.P. ; Trottier, L,H. & Champagne, F.** (2008). L'amélioration de la performance : un enjeu central pour les CSSS. *Infolettre*, 5(2), 2-7.
- Donabedian, A.** (1966). Evaluating the Quality of Care. *Milbank Memorial Foundation Quality*, 49, 2, Part2.

- Drhimeur, A.** (2004). Contribution à l'élaboration d'une vision pour l'hôpital public marocain à l'horizon 2014 : lecture prospective à travers les apports de la réforme hospitalière et les perceptions des acteurs stratégiques, INAS.
- Germain, C. & Trébucq, S.** (2004). La performance globale de l'entreprise et son pilotage : quelques réflexions, *Semaine Sociale Lamy*, 1186, 35-41.
- Germain, J.** (1994). Les valeurs collectives de gestion dans la fonction publique québécoise : la perception des cadres, *Canadien Public Administration*, 36(3), 319-348.
- Grant, R.M.** (1991). The Resource Based-Advanced Theory of Competitive Advantage: Implication for Strategy Reformulation, *California Management Review*, Spring, 114-135.
- Guisset, A.L ; Sicotte, C. ; Leclerq, P. & d'Hoore, W.** (2002). Définition de la Performance Hospitalière : Une Enquête Auprès les Acteurs Internes Stratégiques au Sein des Hôpitaux, 20(2), 65- 104.
- Kaplan, R. & Norton, D.** (2003), *Le tableau de bord prospectif*, Les Editions d'Organisation.
- Ketchen, D.J.; Thomas, J.B. & Mc Daniel, R.R.** (1996). Process, Content and Context Synergetic Effects on Organizational Performance, *Journal of Management*, 22(2), 221-257.
- Lamani, J.** (2006). Mesure de la performance hospitalière : une tentative d'approche, INAS.
- Malhotra, N. ; Décaudin, J.M. & Bouguerra, A.** (2004), *Etudes marketing avec SPSS*, Paris : Pearson Education.
- Modell, S.** (2004). Performance measurement myths in the public sector: a research note, *Financial Accountability & Management*, 20(1), 39-55.
- Parsons, T.** (1951), *The Social System*, free press, 1951.
- Price, J.L.** (1977). The Study of Organizational Effectiveness. *The Sociological Quarterly*, 13, 3-15.
- Quinn, R.E. & Rohrbaugh, J.,** (1983). A spatial Model of Effectiveness Criteria, *Management Science*, 29(3), 363-377.
- Schieber, G.J.; Poullier, J.P. & Greenwald, L.M.** (1994). Health system performance in OECD countries, 1980-1992. *Health Affairs*, Fall, 100-12.
- Sicotte, C.; Champagne, F.; Contandriopoulos, A.P.; Barnsley, J.; Béland, F. & Leggat, S.G.** (1998). Conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health services management research*, 11, 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), 34-46.
- Stein, L.I.; Watts, D.T & Howell, T.** (1990). The doctor-nurse game revisited, *New England Journal of Medicine*, 322, 546-549.
- Stordeur S., Vandenberghe C, D'Hoore W.** (2000). Influence du leadership de l'infirmière-chef et du climat de coopération infirmières/médecins sur la satisfaction de l'équipe, son efficacité et sur la satisfaction des patients, *Congrès de l'Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé*, Porto.
- Teil, A.** (2002). Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière, thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université Jean Moulin-Lyon 3.

Thietart, R.A et al. (2006), Méthodes de recherche en management - 4ème édition Broché.

Yuchtman, E. & Seashore, S.E. (1967). A system Resource Approach to Organization Effectiveness, American **Sociological** Review, 32, 891-900.