

MÉTHODE D'ANALYSE STRATÉGIQUE VERS UNE MODÉLISATION DE LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE

B. LOTFI¹, B. BENCHEKROUN²

Ecole Mohammadia d'Ingénieurs

Av. Ibn Sina, BP 765

Rabat-Maroc

¹bouchra.lotfi@emi.ac.ma, ²bahia@emi.ac.ma

RÉSUMÉ : *Le domaine hospitalier est caractérisé par sa complexité et la diversité des facteurs qui influencent ses activités. La nouvelle gouvernance exige des gestionnaires hospitaliers de prendre en compte les contraintes qui influent sur la réalisation des objectifs stratégiques et de comprendre leur impact sur le système hospitalier. Le suivi des états d'évolution de l'organisation hospitalière et la résolution des situations problématiques doivent être l'affaire d'une équipe de pilotage multidisciplinaire. Tenant compte des particularités des systèmes hospitaliers des pays en émergence, notre apport sera une méthode d'analyse à ce niveau qui permet de concevoir le lien entre les Composantes Principales CP du système étudié, à l'échelle du processus de changement, avec la finalité souhaitée. Nous présentons une étude d'impact de ces CP sur la finalité et par la suite leur classement en fonction de leur importance.*

MOTS-CLÉS : *management hospitalier, processus de changement, analyse stratégique, modélisation, gouvernance.*

1. INTRODUCTION

Pour faire face aux changements du contexte hospitalier suite à l'apparition de nouvelles exigences réglementaires et une demande de soin de plus en plus croissante, les gestionnaires hospitaliers sont amenés à s'adapter par une concentration des efforts et par un management pertinent. Le système hospitalier marocain est actuellement l'objet de changements structurels et opérationnels en raison des contraintes imposées par les nouveaux modes de gestion adoptés dans le contexte hospitalier à l'instar de tous les autres secteurs économiques. Une nouvelle réforme hospitalière est mise en place depuis 2000 par le Ministère de la Santé. Dans le but de traiter les différents aspects financiers, institutionnels et organisationnels en relation avec la gestion quotidienne des établissements de soins, elle permet de palier aux dysfonctionnements de la gestion des ressources et les prestations de soins et combler un vide juridique. L'importance de l'aspect organisationnel a été mise en valeur par la promulgation en mai 2007 d'un décret relatif à l'organisation hospitalière qui impose aux établissements de soins l'élaboration d'un Projet d'Établissement Hospitalier (PEH). À l'avenir, le financement du PEH se ferait à travers une contractualisation entre le ministère de tutelle et l'hôpital. Dans le but de permettre une bonne analyse stratégique et le déploiement de cette dernière en PEH, des réflexions et des travaux de modélisation du système actuel et aidant à son interprétation sont nécessaires.

Dans cet article, nous présentons en premier lieu, les particularités de l'analyse stratégique dans le domaine hospitalier et dans notre pays. En deuxième lieu, nous positionnons le problème de la modélisation de l'analyse stratégique hospitalière par rapport aux méthodes les plus utilisées. En troisième lieu, nous illustrons la démarche d'analyse sur un exemple pour aider à comprendre la méthode de classement des Composantes Principales du système, en fonction de leur criticité stratégique.

2. PARTICULARITÉS DU DOMAINE HOSPITALIER

L'analyse stratégique d'une organisation hospitalière doit tenir compte de certaines particularités qui diffèrent d'un pays à l'autre. Nous pouvons résumer quelques particularités de la stratégie du milieu hospitalier :

- Un système dont le succès ne dépend pas uniquement du rendement financier ;
- Une multitude d'intervenants dans le processus décisionnel ;
- Une autonomie relative aussi bien financière que décisionnelle de certains établissements ;
- Une forte dépendance du niveau opérationnel vis à vis du facteur humain ;
- Des orientations stratégiques ne permettent pas parfois, l'amélioration du cash-flow ;
- La satisfaction de la demande de soins, l'image de marque et le benchmarking prédominent les occupations actuelles des gestionnaires hospitaliers ;

- C'est un domaine où le relationnel interne et externe jouent un rôle très important dans le fonctionnement quotidien ;
- Un chevauchement des niveaux de pilotage (J.P Grandhay 2007) entre l'échelle stratégique, tactique et opérationnelle.

Au Maroc comme dans beaucoup d'autres pays, l'hôpital n'est pas toujours reconnu comme **une entreprise à but lucratif surtout dans le secteur public**. Cependant, les gestionnaires des hôpitaux sont désormais amenés à adopter l'esprit de concurrence, de qualité de service et de rendement. L'hôpital est plus considéré comme un organisme de soin de santé qu'une organisation de production de service. **Le système d'information est souvent défaillant et non informatisé** avec une traçabilité pratiquement inexistante et des méthodes d'archivage souvent défaillantes. Il en résulte un problème de manque de données et de capitalisation d'information nécessaires à toute étude pertinente et entre autres, les techniques de modélisation. La pratique médicale en raison de l'intensité de l'activité professionnelle dans un environnement caractérisé par un manque de moyens, reste le plus souvent, dominée par des instructions transmises de façon verbale. Le personnel se plaint souvent d'un manque de communication et d'objectifs stratégiques non clairement exprimés générant une certaine discordance entre les niveaux stratégique, tactique et opérationnel. Pour de multiples raisons, plusieurs responsables présentent une résistance au changement et constituent ainsi, l'une des causes du retard du développement de ce secteur au lieu d'en être l'élément moteur. Le personnel hospitalier est caractérisé par sa diversité allant d'un profil de connaissance médicale spécialisée et pointue à un profil de connaissance purement technique et administrative. Ceux possédant une formation polyvalente n'accèdent pas forcément aux postes de dirigeant. Une formation en matière des nouvelles méthodes de management et techniques quantitatives fait parfois défaut au personnel médical à responsabilité administrative et de gestion.

Notre objectif est de nous pencher sur les moyens à mettre en œuvre pour résoudre cette situation problématique en vue de l'atteinte d'objectifs fixés. Améliorer la qualité des soins, diminuer le coût de la santé, satisfaire la demande de soin de la population indigente, etc. sont autant de finalités justifiant l'introduction de changements. Une méthode d'analyse efficace de ce contexte hospitalier doit donc, tenir compte de ces particularités. La méthode que nous proposons met en valeur l'intérêt d'un travail collectif et présente l'avantage d'une analyse qualitative. Sa démarche est compatible avec le profil de la majorité des gestionnaires hospitaliers au Maroc. Elle se base sur la définition d'une finalité admise par l'ensemble du personnel et des participants qui identifient les Composantes Principales CP critiques susceptibles d'aider à l'atteinte de cette finalité.

3. POSITION DU PROBLÈME

3.1. Typologie des méthodes de modélisation

En raison de leur utilité dans la gestion hospitalière en général et dans le management du changement (B. Aleksy et al.) en particulier, nous citons quelques méthodes de modélisation. Utilisées auparavant par les entreprises, elles ont été adaptées (Artiba et al. 2004) aux établissements de soins. (Abouabdiellah et Cherkaoui 2006) ont présenté une étude comparative des outils de modélisation des systèmes complexes en vue de leur application en milieu hospitalier. Les méthodes d'analyse diffèrent selon la structure élémentaire considérée. Il s'agit d'une vision orientée flux : informationnel, physique, décisionnel ou financier (M. Charbol et al. 2006), processus et/ou fonction. (S. Chahed et al. 2006) ont utilisé l'IDEFO Integration Definition for Function Modelling pour modéliser les différentes fonctions d'un établissement hospitalier à domicile. (B. Besombes et L. Merchier 2004) ont modélisé le bloc opératoire et les processus de prise en charge des patients par la méthode Graphique et Réseaux des Activités Inter-reliés GRAI. La méthode ALIX a été choisie par (A. Artiba et al. 2004) pour modéliser des systèmes socio-économiques en vue de leur simulation et optimisation.

L'application de ces méthodes et leur efficacité, nécessitent une infrastructure et une base de données reposant sur un système d'information fiable qui n'est pas toujours disponible. Les techniques de modélisations aident donc, à mieux comprendre l'organisation hospitalière et assurent une source de données exploitable en matière d'analyse stratégique. Certes, ces méthodes ne peuvent être utilisées pour modéliser une vision ou une projection dans le futur qu'à l'aide d'une démarche logique. Nous présentons cette démarche dans l'approche proposée à l'aide du concept du processus de changement que nous avons utilisé dans notre méthode de classement des CP/AP.

3.2. L'analyse stratégique

L'analyse stratégique fait partie des réflexions nécessaires à la gestion des organisations. Elle concerne une identification et une connaissance des caractéristiques d'un système dans le but d'atteindre un objectif visé.

La littérature concernant les méthodes d'analyse stratégique en milieu hospitalier est très peu fournie. (Artiba et al. 2005) ont présenté les différentes phases de réingénierie orientée vers le déploiement de la stratégie dans les établissements de soins. Ils proposent une organisation permettant la conduite des processus en vue d'un pilotage stratégique grâce à des inducteurs. Nous abordons dans notre démarche, le concept de l'unité organisationnelle qu'ils ont proposée. Le modèle du Boston Consulting Groupe BCG évalue la situation concurrentielle (faible ou forte) d'une entreprise selon sa part d'un marché et le taux de croissance global de ce marché. Il classe

les produits selon ces deux dimensions et permet à l'entreprise la création de la valeur à long terme (site 1). Le modèle Mac Kinsey reprend la même approche du BCG mais donne plus de niveaux d'évaluation (fort, moyen et faible) pour classer les activités d'une entreprise (site 1). Le modèle d'Arthur D.Little ADL est une méthode de gestion de portefeuille basée sur l'évaluation des activités de l'entreprise selon le cycle de vie d'une industrie et sa capacité concurrentielle (site 1). Les activités sont schématisées à l'aide de cercles dont la taille varie en fonction du chiffre d'affaire (site 2). Ces modèles sont donc plus orientés gestion financière et portefeuille que politique ou socio-économie. Ils n'ont pas été utilisés pour les établissements de soins. (A. Belghiti 2005) a analysé l'hôpital à partir d'une vision générale par la combinaison de l'aspect organisationnelle, fonctionnelle et systémique et a insisté sur la contextualisation de la planification pour une stratégie rationnelle. Une des méthodes les plus utilisées pour l'analyse stratégique en milieu hospitalier est la méthode Strenght, Weaknesses, Opportunies and Threat (SWOT). Elle permet une description de la situation interne et externe (site 1) d'une organisation en vue d'aider à son management et à la mise en place des orientations stratégiques. Elle se base sur la détermination des points forts et points faibles en interne d'une part, et les opportunités et menaces en externe d'autre part. Certes, cette méthode donne une description de l'organisation à un moment donné, les variations du futur restent donc insaisissables.

Le management stratégique d'un établissement est soumis à des fluctuations de son contexte et à des variations de ses caractéristiques. Il serait donc intéressant d'avoir une idée générale basée sur une prévision des changements jugés importants des éléments du contexte étudié.

4. L'APPROCHE PROPOSÉE

La gestion du changement ressort de l'analyse stratégique et dépend des acteurs. Selon Crozier et Friedberg dans leur ouvrage L'Acteur et le Système (1977), « une méthode d'analyse stratégique consiste à se servir des données recueillies lors des entretiens pour définir les stratégies probables que les acteurs vont poursuivre les uns à l'égard des autres. »

L'analyse stratégique permet de :

- Repérer ce qui, dans un projet risque de poser problème ;
- Faciliter l'interprétation de certaines attitudes de résistance ou d'opposition ;
- Modifier le projet sur ces points pour le rendre plus acceptable par le plus grand nombre ;
- Prévoir l'argumentation qui répondra le mieux aux objections éventuelles ;
- Prévoir les actions de communication, de concertation, d'explicitations, de négociation et d'information relatives au projet.

Entre la définition du système (Jean-Michel Motta 2003) comme « un construit humain en équilibre instable qui

n'as pas toujours les moyens cognitifs d'être totalement rationnel» et celle de la stratégie (Artiba et al. 2005) qui est « une pluralité et un caractère conflictuel des objectifs à connaître », la systémique de la stratégie se lie mutuellement aux sciences humaines. C'est dans cette vision que nous proposons une démarche de modélisation qui se base sur des réflexions d'un groupe d'acteurs capables d'interpréter et d'analyser le système hospitalier afin de tracer une logique de réalisation d'une finalité et d'identifier les Composantes Principales CP et/ou les Acteurs Particuliers AP impliqués dans le processus de changement du système.

Nous supposons l'existence de CP et AP appartenant ou non à l'organisation et qui interviennent principalement dans la réalisation d'une finalité. Le fonctionnement normal d'un établissement a besoin de toutes ses constitutions pour réussir ses activités quotidiennes mais nous pensons que **pour atteindre une finalité dans un délai précis et avec des moyens souvent limités, il faut accorder plus d'intérêt aux CP et AP.** La présente démarche permet de faciliter la réalisation des orientations et des objectifs au niveau pratique d'une part. D'autre part, elle constitue un outil d'aide à la décision et à l'encadrement de déroulement d'un projet. Cette méthode a une action anticipative et se base sur la veille rétrospective. Son modèle conceptuel est présenté par la figure 1.

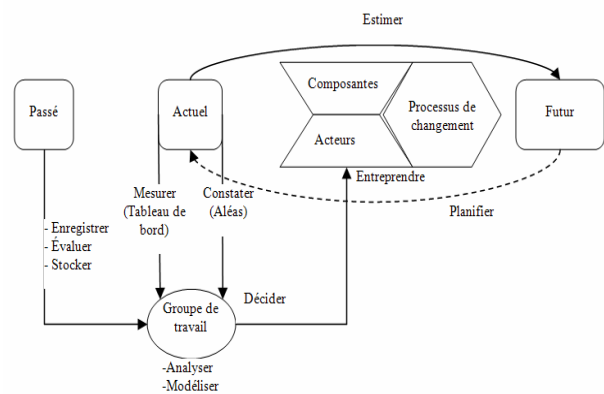


Figure 1. Modèle conceptuel de notre analyse stratégique

4.1. Description de la méthode d'analyse stratégique

Notre méthode se base sur la définition du processus de changement qui décrit la projection de l'organisation dans l'avenir en transformant l'état actuel grâce à une estimation du futur et une planification du présent (figure 1). Nous définissons ce processus comme étant l'ensemble des états intermédiaires fixés par les gestionnaires et par lesquels peut passer une organisation à partir de la situation actuelle jusqu'à l'atteinte d'une finalité dans un horizon fixé (figure 2). Cette méthode permet d'étudier les variations induites sur des éléments appelés « Composantes» aussi bien en interne qu'en externe

d'une organisation. Elle se base sur le recensement de ces CP (notés C_i sur le schéma) jugées « Principales » dans le fonctionnement d'une organisation et des Acteurs « Particuliers » AP (noté A_i). Tout au long de cette méthode, nous associons les termes AP et CP vu que cette démarche peut tenir compte aussi bien du facteur humain que des autres éléments matériels ou immatériels. En fonction des états E_i par lesquels passe l'organisation, ces CP et ces AP contribuent et influent sur l'atteinte d'une finalité par des liens notés f_i . L'analyse fonctionnelle nous permet d'identifier ces liens comme des relations liant les CP/AP et les états de changement fixés. Par exemple, pour atteindre la finalité d'accréditation, l'établissement de soin peut vouloir se fixer les états de changements suivants :

- Maîtrise de l'état actuel ;
- Assurer l'amélioration continue ;
- Garantir un management réussi de la qualité.

Ces états dépendent de plusieurs composantes comme les ressources matérielles, la réglementation, les normes, etc. Le lien f_i représente donc, la relation qualitative ou quantitative entre les CP/AP et l'état E. La complexité du changement fait que la relation entre une composante C et un état E se traduit parfois par un impact réciproque (f_3 figure 2). Les couleurs des composantes seront reprises dans la grille du classement (figure 5) et permettent donc de garder le lien entre le processus de changement et l'étape du classement des composantes en fonction de leur criticité.

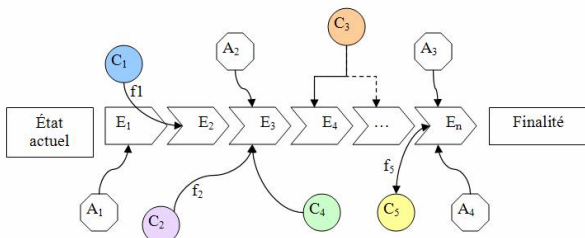


Figure 2. Schéma d'un processus de changement

En plus des facteurs clés décisifs visant le succès et la performance en terme de productivité, de délai et de qualité de l'organisation étudiée (Artiba et al. 2004), ces CP regroupent des éléments caractérisant le système de santé (population indigente, réglementation, etc.) Cette méthode permet aussi de les classer en fonction de leur criticité afin de faciliter la prise de décision. Nous pouvons définir une CP comme une constitution matérielle ou immatérielle, essentielle pour l'organisation, en vue de l'atteinte d'un état de changement et ce, pour une période donnée de son évolution. Elle ne peut être remplacée par une autre constitution et présente une certaine autonomie qui explique son impact sur l'organisation. Par exemple, le syndicat, la tutelle, la loi, l'institut de formation des cadres des soins, les anesthésistes, etc. De même pour les AP, ce sont des acteurs ayant des responsabilités et un poids capables d'influencer le processus de changement vis-à-vis de la gouvernance élaborée. Plusieurs publications dues à des acteurs politiques et

abordant les crises de gouvernance, par exemple celle publiée par le sénateur belge Alain Destexhe le 25 mai 2005 (Destexhe 2005) expliquent l'implication des responsables et justifient leur impact. L'analyse faite pour identifier les responsables d'une crise serait plus intéressante si elle était réalisée en amont de celle-ci, afin de l'éviter ou de diminuer sa gravité, ce qui est bien évidemment l'objectif de l'étude. Cette méthode tient compte des particularités du domaine stratégique hospitalier déjà citées; elle se fonde sur un management participatif, considère le volet financier comme un élément parmi d'autres, tient compte du relationnel et du facteur humain grâce à l'analyse des acteurs particuliers, permet une autocritique et une autoévaluation. Sa démarche permet, grâce au travail de groupe, d'impliquer des acteurs essentiels dans le processus d'analyse et par conséquent, de diminuer la résistance de ces acteurs aux changements apportés. Elle rend le travail plus facile en éclairant le chemin vers une finalité acceptée par l'ensemble. Elle peut également être adaptée aux autres secteurs. Les étapes de cette analyse sont résumées par la figure 3, et détaillées ci après.

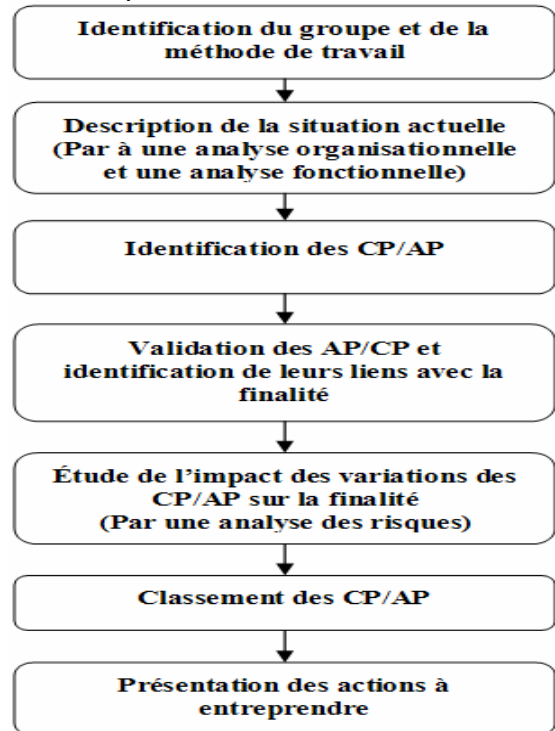


Figure 3. Les étapes de la méthode d'analyse stratégique

Première étape : Identification du groupe et de la méthode de travail

Nous adoptons la définition de l'unité organisationnelle (Artiba 2005) adaptée aux systèmes hospitaliers pour identifier le groupe de travail. Cette unité de personnes de qualifications différentes, est le levier d'un projet d'accompagnement de l'établissement de soin vers une finalité. Ce groupe de travail est donc sensé être en mesure de discuter son état actuel et d'apporter des visions complémentaires de point de vue organisationnel, fonctionnel et de ressources. Ceci nécessite la participation

de plusieurs acteurs multidisciplinaires et expérimentés. La participation des représentants médicaux et non médicaux augmentera le champ d'implication et de participation à cette étude. Le choix des membres de ce groupe doit être le résultat d'une décision rationnel du comité de pilotage de l'organisation étudiée. Cette méthode comprend des étapes d'analyse et d'identification des liens à la finalité ce qui nécessite la participation d'un profil d'analyste, de gestionnaire et de stratège. Un animateur sera utile pour conduire les réunions et veiller à la bonne communication entre les participants. Son rôle est important pour éviter les conflits et les malentendus. La méthode de travail précise les modalités de réunion, de communication et les ressources documentaires matérielles et autres, nécessaires à la réussite de cette analyse. Les raisons de formation de ce groupe sont multiples : Il est sensé décrire l'état actuel de l'organisation ainsi que les états de changement souhaités par rapport à une finalité, faire l'analyse de l'interne et l'externe pour identifier les CP et AP, identifier les causes des variations des CP/AP au cours du temps et identifier les conséquences possibles sur le processus de changement. L'apport de la méthode est d'encadrer l'étude, d'exploiter ces données, les modéliser afin d'aider à la conduite du changement d'une manière logique.

Deuxième étape : Description de la situation actuelle de l'organisation

Par rapport à une finalité, cette étape permet de faire un diagnostique de tout le système ou de la partie étudiée. En relation avec notre modèle conceptuel, cette autoévaluation ne doit pas ignorer les leçons du passé. La description de la situation actuelle de l'établissement, grâce au recueil des données, permet la synthèse du bilan des forces et des faiblesses mais aussi de faire ressortir les CP/AP, ce qui est le but de cette étude, à détailler dans les étapes qui suivent. On procède à une analyse de l'interne et de l'externe du système. L'interne tient compte de :

- l'aspect organisationnel ;
- les ressources humaines ;
- la documentation ;
- l'information ;
- les moyens ; etc.

L'analyse de l'externe (manuel d'analyse) porte sur :

- l'environnement direct c'est-à-dire les partenaires, les fournisseurs, les clients, les financiers, les tuteurs administratifs, les autorités locales, etc.
- l'environnement indirect c'est-à-dire les autres institutions qui ont des relations indirectes avec le système et ou le projet.
- le milieu du Projet qui se compose d'un ensemble diffus de phénomènes culturels, religieux, de facteurs économiques et sociaux, etc.

Troisième étape : Identification des CP/AP

Le résultat des réflexions de ce groupe multidisciplinaire sera complémentaire pour juger l'importance des CP/AP identifiés qui influencent le fonctionnement du système en relation avec la finalité souhaitée. Cette étape est importante et permet de concentrer les réflexions et cerner le cadre de l'étude par la suite. Ainsi:

- le résultat de l'étape précédente constitue une base informationnelle essentielle pour la suite du travail.
- la synthèse des processus est parmi les outils efficaces à l'identification des CP du système.
- une vision globale de l'ensemble de l'organisation permet également d'avoir une idée sur la structure hiérarchique adoptée et d'analyser le processus décisionnel afin de dégager les CP/AP hiérarchiques faisant partie du processus de changement par des objectifs hiérarchiques déclinant la finalité.
- l'analyse des différents flux est une piste menant vers l'identification des CP/AP et permet de définir les ressources, les fonctions et les informations les plus importantes par rapport au fonctionnement de l'organisation en relation avec la finalité précisée.
- l'examen approfondi de la documentation est nécessaire.

Le niveau de précision atteint par cette analyse sera fonction des informations disponibles. Il est possible de tenir compte des ressources matérielles, humaines, intellectuelles, des relations internes et externes (contrat, marché, coopération, concurrents, clients, fournisseurs, syndicats etc.), des références (réglementation, normes), etc. Pour aider à l'identification des CP, nous proposons l'arbre décisionnel suivant :

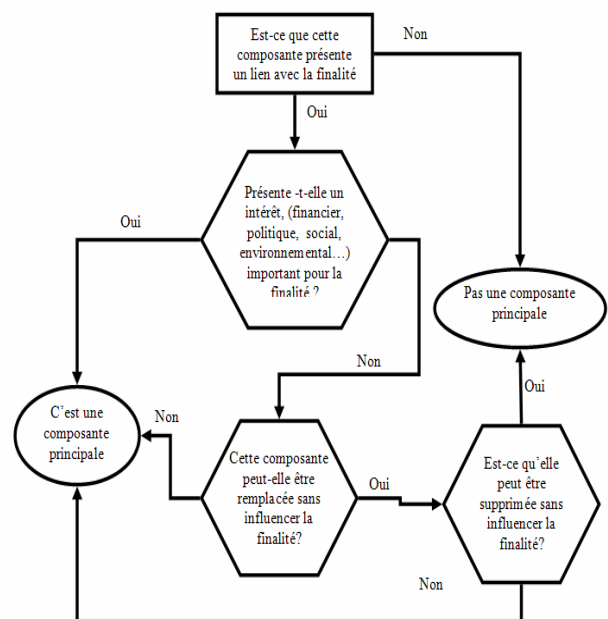


Figure 4. Arbre décisionnel pour identifier les CP

Dans cet arbre décisionnel, l'intérêt dont il est question est relatif à l'importance de l'impact du CP/AP sur l'état de changement et sur la finalité. Lorsque le lien entre le

CP/AP et l'état de changement est quantifiable, cet intérêt se traduit par un seuil d'importance, fixé par le groupe. Sinon, cet intérêt est le plus souvent qualitativement apprécié.

Quatrième étape : Validation des CP/AP et identification de leurs liens avec la finalité

L'analyse fonctionnelle du système étudié est intéressante pour l'élaboration d'une matrice de dépendance entre les CP/AP identifiés et le système d'une part, ou un processus d'activité convergeant vers une finalité d'autre part. Au fur et à mesure que les CP/AP sont recensées, l'équipe de travail précise le lien avec les états prévus de l'établissement pour atteindre la finalité. Ces liens permettent de comprendre les conséquences induites sur l'ensemble de l'organisation suite à un éventuel changement de ces CP/AP. Le résultat est présentable sous forme d'un schéma hiérarchisé (un diagramme centré ou arborisé) décrivant la liaison entre la finalité et les CP/AP ainsi qu'une description de la nature de cette liaison. Par la suite, il est possible de voir les conséquences induites par la variation de chaque composante sur la finalité. Cette étape est basée sur une analyse des risques stratégiques causés par la variation des CP/AP.

Cinquième étape : étude de l'impact des variations des CP sur la finalité

Un déploiement stratégique comme par exemple, la transposition pratique sous forme d'un projet d'établissement, s'étale en général sur une période de 3 à 5 ans. Il peut durer plus pour le développement durable.

L'étude de l'impact de la variation des CP/AP identifiées est importante pour réduire les pertes et le retard engendrés par une défaillance de la liaison entre CP/AP et finalité.

Cette étape consiste à étudier la réaction de la finalité aux variations des CP/AP. Ces variations s'expriment en terme d'augmentation (noté + dans les tableaux 1 et 2) ou de diminution (noté - dans les tableaux 1 et 2) d'un paramètre quantitatif ou d'un critère qualitatif relatifs au lien de chaque CP/AP avec le processus de changement. Pour être exhaustif, nous étudions aussi la non variation ou le maintien du statu quo (noté 0 dans les tableaux 1 et 2) qui pourrait avoir des conséquences significatives sur le système.

L'évaluation des conséquences est réalisée à l'aide des retours d'expériences et à l'aide d'estimation de la gravité après l'étude des liens entre CP/AP et les états de changements. Même si certaines conséquences peuvent être ramenées à une valeur chiffrée, elles doivent être classées en conséquences positives +, négatives - ou nulles 0 afin d'être utilisées dans la grille de classement à l'étape suivante. Les conséquences induites sur le système ou le projet à court ou à long terme, peuvent être

estimées et identifiées grâce à des réflexions du groupe d'une part et au retour d'expérience d'autre part.

Composantes	État actuel	Variations	Conséquences sur la finalité	
			À court terme	À long terme
Exemples de CP : - Personnel infirmier - Réglementation - Syndicat - Presse - Budget - Recrutement - Coopération - Contrat - Etc. Exemple de AP : - Responsable d'une coopération - Responsable de la décision finale - Etc.	Description qualitative ou quantitative	(+) augmentation du paramètre lié à la description de l'état actuel	Classement des conséquences en positives, négatives, et nulles {+, 0, -}	{+, 0, -}
		(0) in variation de la composante	{+, 0, -}	{+, 0, -}
		(-) diminution du paramètre lié à la description de l'état actuel	{+, 0, -}	{+, 0, -}

Tableau 1. Analyse des conséquences de la variation des composantes sur la finalité

Une analyse des causes de ces variations est importante pour la mise en place des plans d'actions. Elle permettra d'éviter les causes à effets non désirés et de promouvoir celles qui induisent un changement positif. Cette analyse est réalisée soit grâce à des méthodes de recueil de données comme les entretiens, les requêtes et les formulaires ; soit à l'aide des méthodes d'analyses comme l'arbre des causes et l'analyse fonctionnelle ; soit grâce au bon sens et au retour d'expériences. Pour présenter cette analyse, nous proposons le tableau suivant :

Composantes	État actuel	Variations	Causes internes des variations	Causes externes des variations
Exemples de CP : - Personnel infirmier - Réglementation - Syndicat - Presse - Budget - Recrutement - Coopération - Contrat - Etc. Exemple de AP : - Responsable d'une coopération - Responsable de la décision finale - Etc.	Description qualitative ou quantitative	(+) augmentation du paramètre lié à la description de l'état actuel	À remplir à partir des réflexions des membres du groupe de cette étude	À remplir à partir des réflexions des membres du groupe de cette étude
		(0) in variation de la composante	-	-
		(-) diminution du paramètre lié à la description de l'état actuel	-	-

Tableau 2. Analyse des causes des variations des composantes

Les tableaux 1 et 2 aident à la synthèse et orientent les réflexions des membres du groupe. Ces derniers doivent donc remplir les cases des deux tableaux afin de faciliter les étapes qui suivent. Les signes -, 0 et + mentionnés sur le tableau, gardent le lien avec la notion des vecteurs utilisés pour le classement des composantes. Ces tableaux donnent aussi des exemples des PC et AP.

L'étude de l'état actuel de l'organisation par rapport à la finalité, est déjà réalisée par les membres du groupe dans la Deuxième Étape plus haut. Les résultats de cette étude sont repris et validés au niveau de cette étape pour assurer la cohérence avec l'analyse des variations des CP/AP.

Ces tableaux synthétisent les résultats d'une étude prospective de l'organisation de soin et incluent en même temps l'étude de l'état actuel sur la première colonne. Ils récapitulent les réflexions à ce niveau et seront utiles pour le classement des CP/AP dans l'étape suivante.

Sixième étape : Classement des CP/AP

L'analyse précédente permet d'identifier les CP/AP et les causes de leurs changements et les conséquences potentielles dans le but d'aider à la prise de décision. Par la suite, il serait utile de pouvoir les classer en fonction de la gravité de leurs conséquences. Pour cela, nous procédons comme suit :

- Les variations positives des CP/AP sont associées à la valeur +1 ;
- Les variations négatives des CP/AP sont associées à la valeur -1 ;
- Les variations nulles sont associées à la valeur 0.

Les conséquences induites sur le système ou sur la finalité peuvent également être classées en conséquences négatives, positives ou nulles. De même, on associe :

- La valeur + 1 aux conséquences positives (ce que l'on pense gagner);
- La valeur - 1 est associée aux conséquences négatives (ce que l'on pense perdre);
- Quant aux conséquences nulles, elles sont associées à la valeur 0.

A partir d'un état donné, et comme indiqué plus haut, le vecteur $V = (-1, 0, +1)$ représente les trois états de changement possibles des CP/AP. Il constituera notre vecteur initial.

Après l'application des variations positives, négatives et nulles, les conséquences sur la finalité et/ou sur le système, sont également classées par le groupe, en positives, négatives et nulles. Elles sont associées à un vecteur V' de la forme $\{a, b, c\}$ où a, b ou c peut prendre les valeurs +1, -1 ou 0. V' est donc l'image de V après l'application de la fonction « changement ». On peut ne pas être capable d'exprimer explicitement cette fonction qui dépend de plusieurs paramètres aléatoires et parfois incontrôlables. Mais une comparaison des situations pré et post changement peut nous permettre de traduire les résultats en amélioration, détérioration ou stagnation. Le groupe de travail doit être capable de prévoir le vecteur des résultats V' . On compare les deux vecteurs pour les changements induits par la variation de chaque composante. La comparaison se base sur les cas possibles du vecteur terminal V' , vu que le vecteur initial est constant. Cela amène à étudier les combinaisons possibles des coefficients (a, b, c) du vecteur V' . A titre d'exemple, si $V'=V$, cela veut dire que la CP/AP induit sur la finalité, les mêmes variations qu'elle subit. Donc, il s'agit d'une CP/AP déterminante. Elle varie d'une façon cohérente avec le système (ou le projet). Si $V'=-V$, ça veut dire que la CP/AP agit inversement sur la finalité. Ses variations et celles du système sont non cohérentes. Les

autres cas de figure sont détaillés dans la grille de classement (figure 5). Le classement se base sur l'opposé de la somme des coefficients du vecteur V' afin de mesurer la criticité des variations de la composante sur la finalité. Le vecteur initial donne une criticité égale à 0 qui présente donc l'origine de la comparaison. La somme permet à la variation positive de contrebalancer celle négative et la variation supplémentaire est donc mise en valeur. Le signe négatif est opposé afin d'exprimer l'augmentation de la criticité et vice-versa.

À ce niveau, on peut réaliser une synthèse des résultats des réflexions des membres du groupe. L'acquis est important dans la précision des solutions d'amélioration. Pour présenter toutes les possibilités des conséquences analysées, nous introduisons une grille (figure 3) qui regroupe les combinaisons possibles du vecteur conséquence V' .

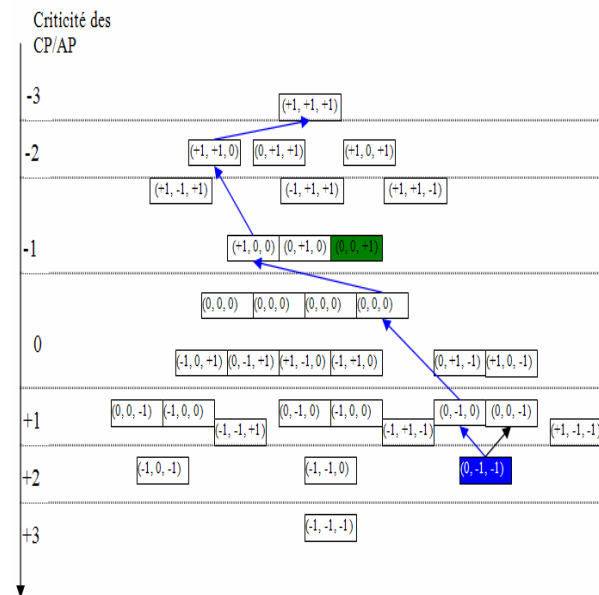


Figure 5. Grille de classement des CP/AP

Elle comprend une échelle de criticité variant de -3 (niveau plus bas) à +3 (niveau plus élevé). La criticité est l'opposé de la somme des coefficients des vecteurs V' . On suppose qu'une conséquence négative plus une autre positive sont plus critiques que deux conséquences nulles.

Cette grille est d'une grande utilité car elle permet d'une part de positionner les CP les unes par rapport aux autres. D'autre part, elle permet de tracer un chemin pour modifier une composante critique, grâce à des plans d'actions, et la rendre moins critique.

Par exemple :

La composante laboratoire d'hémodialyse par rapport à la finalité « augmentation des recettes de l'hôpital » a été associée aux conséquences qui correspondent au vecteur (0, -1, -1). Elle est donc classée criticité +2. (En bleu). La composante consultation par rapport à la même finali-

té est cotée d'un vecteur (0, 0, +1) et d'une criticité de -1. (En vert, voir figure 5).

On remarque que pour cette finalité, le laboratoire d'hémodialyse est plus critique que celui de la consultation. Pour diminuer sa criticité, le cheminement marqué par le bleu est une possibilité parmi d'autre. Ce cheminement fait appel à un changement et donc à des actions à mettre en place en relation avec l'analyse des causes déjà réalisée plus haut. Au fait, dans l'étape précédente (étape 5), des informations sur les causes des changements sont recueillies. Après avoir mesuré leur criticité, il serait possible de mettre en place les mesures nécessaires pour éviter ceux qui ont des conséquences négatives et favoriser ceux entraînant des améliorations dans le système. On commence ainsi, à induire un changement.

Ce changement doit éviter une nouvelle conséquence négative ce qui correspondrait sur la grille à passer du vecteur (0, -1, 0) au vecteur (-1, 0, 0) c'est-à-dire se déplacer horizontalement dans le même niveau de criticité (voir la grille) ou bien se déplacer vers un niveau plus élevé.

Il doit aussi varier les actions à entreprendre : Pour passer du niveau +1 au niveau 0 de criticité, nous avons choisi d'agir sur la variation en milieu ((0, -1, 0) → (0, 0, 0)) alors que pour passer du niveau de criticité 0 à -1, nous avons agi sur la première variation ((0, 0, 0) → (+1, 0, 0)). La décision appliquée aux CP/AP est donc plus facile à mettre en place car elle suit une logique rassurante.

Septième étape : Présentation des actions à entreprendre

Après avoir identifié et classé les CP/AP par rapport à la finalité, des plans d'actions sont mis en place pour améliorer la relation des CP/AP, qui normalement sont la raison du déplacement de l'établissement vers la finalité. Il serait intéressant de présenter cette relation de causalité d'une façon hiérarchisée (figure 6).

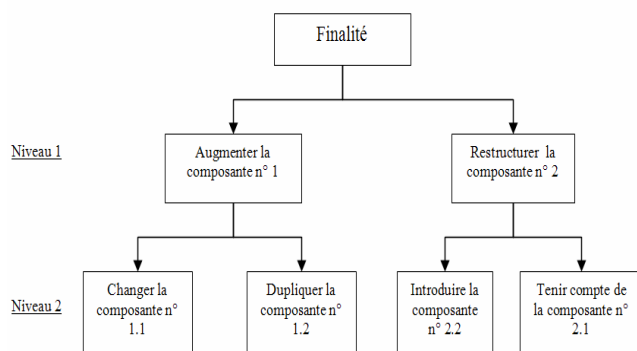


Figure 6. Schéma hiérarchique des actions à entreprendre sur le CP

L'étape précédente a permis d'éclairer la prise de décision sur l'investissement apporté. Cette étape permet une présentation des changements à mener sur les CP/AP afin d'éviter les non cohérences entre les différentes actions à envisager. Cette vision globale permet souvent l'efficacité des décisions, la facilité d'évaluation et le suivi des plans d'action à mettre en œuvre. Par exemple, pour la finalité de la diminution du Durée Moyenne de Séjour d'hospitalisation, les membres de l'équipe d'étude se sont mis d'accord sur l'amélioration de deux composantes dans le premier niveau, qui sont : le service à l'accueil et le bloc opératoire. Dans le deuxième niveau, d'une part, développer la chirurgie ambulatoire et l'ordonnement des opérations pour la composante « bloc opératoire ». D'autre part, mieux gérer les rendez-vous et la prise en charge pour le service à l'accueil.

5. APPLICATION

Cette méthode est applicable aussi bien au niveau d'un établissement que pour la modélisation d'une politique générale de santé. Supposons une gouvernance hospitalière qui a comme objectif « l'amélioration de la qualité des soins publics » dans un établissement de soin fictif qui s'est fixé comme états de changement :

1. Satisfaction de la demande de soins ;
2. Diminution de la Durée Moyenne de Séjour DMS ;
3. Diminution des prix de la santé.

L'équipe de travail peut vouloir faire ressortir l'importance de certaines CP dans cette nouvelle vision de gouvernance hospitalière comme : la population indigente, les équipements, les médicaments, le personnel de santé, le budget et la coopération avec un organisme international etc. L'analyse des variations de ces CP peut se présenter comme dans le tableau 3.

La synthèse des conséquences des CP permet de définir le vecteur des conséquences comme déjà précisé lors de la sixième étape et leurs criticités déduites à partir de la grille de la figure 5. Le résultat serait alors comme présenté dans le tableau 4.

CP	Vecteurs conséquences	Classement en fonction de la criticité
La population indigente	(-1,0,+1) → (+1,0,-1)	0
Les équipements	(-1,0,+1) → (-1,-1,+1)	+1
Le budget	(-1,0,+1) → (-1,-1,+1)	+1
Les médicaments	(-1,0,+1) → (-1,-1,+1)	+1
Le personnel de santé	(-1,0,+1) → (-1,-1,+1)	+1
La coopération avec un organisme international	(-1,0,+1) → (-1,-1,0)	+2

Tableau 4 : Classement des CP en fonction de leur criticité

Composantes	État actuel	Variations	Conséquences sur la première finalité
La population indigente	Effectif de la population indigente traitée en 2007	Augmentation de la population à traiter (+)	Augmentation du % de population indigente non servie (-)
		Effectif inchangé (0)	Aucun changement (0)
		Diminution de la population à traiter (-)	Diminution du % de population indigente non servie (+)
Les équipements	Nouveaux équipements aux services de chirurgie cardiovasculaire, chirurgie générale et traumatologie ; État dégradé des équipements au service d'imagerie ;	Achat de nouveaux équipements (+)	Amélioration des services et augmentation du nombre de cas traités (+)
		Aucun changement de l'état de l'équipement (0)	Altération de la qualité des prestations de soin (-)
		Détérioration des équipements (-)	Idem (-)
Budget	Financement à hauteur de 50% du niveau souhaité du premier état de changement	Augmentation de la subvention de l'état (+)	Meilleure réalisation du changement (+)
		Maintien de cette somme (0)	Maintien d'une situation non satisfaisante (-)
		Diminution de la subvention de l'état (-)	retard de la mise en place des actions (-)
Les médicaments	Manque	Augmentation de la quantité disponible (+)	Recouvrement des besoins de soin en médicament (+)
		Toujours un manque de médicament (0)	Défaillances au niveau des processus de soins (-)
		Une insuffisance supplémentaire (-)	Idem (-)
Le personnel de santé	Indisponibilité de médecins spécialisés en psychologie, technologie de pointe et d'anesthésistes.	Recrutement des médecins spécialistes dans ces domaines (+)	Augmentation de la disponibilité des soins (+)
		Maintiens du même personnel (0)	Diminution de la qualité des services dans les spécialités en relation (-)
		Diminution de l'effectif du personnel (-)	Idem (-)
La coopération x avec un organisme international	Offre un encadrement et le financement du deuxième état de changement de cet établissement	Le financement des autres états de Changement (+)	Déroulement normal des actions envisagées (0)
		Aucune offre supplémentaire (0)	Actions non réalisées (-)
		Non financement du deuxième état de changement (-)	Idem (-)

Tableau 3 : Descriptions des CP et des conséquences de leurs variations

5.1 Discussion

D'après le tableau de classement des CP, la coopération avec un organisme international avec un score de +2, est la plus critique. La population indigente est la moins critique avec un score nul cependant, elle varie d'une façon en sens inverse de la finalité ($V=-V'$). Une augmentation de cette population entraîne inévitablement une réduction de la satisfaction de ses besoins, toutes conditions restant les mêmes par ailleurs. Les CP équipements, budget, personnel de santé et médicaments ont le même niveau de criticité. Pour les départager, on identifie un coefficient en fonction de leur interdépendance et de leurs importances vis-à-vis de la finalité. Ce coefficient qui varie entre 0 et 1, est ajouté à la criticité précédente afin de donner une distinction entre les niveaux. Il permet de reclasser ces CP. Le tableau 5 qui présente une matrice de dépendance, est rempli en fonction des données disponibles sur les CP. L'importance d'une CP est par définition, proportionnelle au nombre de CP sur lesquelles elle agit.

Dépendance : 1 existe ; 0 n'existe pas	équipements	Budget	médicaments	personnel de santé
équipements	1	1	0	0
Budget	0	1	0	1
médicaments	0	1	1	1
personnel de santé	0	1	0	1
Coefficients de dépendance	0.1	0.4	0.1	0.3

Tableau 5: Importance des CP en fonction de leur interdépendance

Cependant, on peut encore avoir besoin du jugement du groupe qui se base sur l'analyse des conséquences et des coefficients de dépendance afin de finaliser le classement des CP.

CP	Vecteurs conséquences	Classement en fonction de la criticité rectifiée
La population indigente	(+1, 0, -1)	0
Les équipements	(-1, -1, +1)	+1.1
Budget	(-1, -1, +1)	+1.4
Les médicaments	(-1, -1, +1)	+1.1
Le personnel de santé	(-1, -1, +1)	+1.3

Tableau 6: Classement des CP en fonction de la criticité rectifiée

6. CONCLUSION

Dans ce papier, nous avons présenté une méthode d'analyse stratégique qui permet d'identifier et de classer des Composantes Principales et des Acteurs Particuliers influant sur l'atteinte d'une finalité dans le processus de changement. Nous avons présenté un classement de ces CP en fonction de la criticité de leurs variations ainsi qu'une brève application pour illustrer. Nous avons également donné un classement supplémentaire des CP en fonction de leur matrice de dépendance. L'application de cette méthode dans le milieu hospitalier va permettre de structurer le niveau stratégique et de coopérer entre les acteurs de pilotage. Elle fournira grâce aux réflexions de groupe, un flux de données et une base d'informations utiles pour de futurs travaux plus approfondis. Nous

avons l'intention de valider et tester cette méthode sur un cas réel ainsi que de développer d'autres aspects qui en résultent grâce aux techniques de modélisation.

l'incitation de l'économie du Maroc, Édition Gues-sous.

REFERENCES

Abouabdillah, A., A. Cherkaoui 2006. *Outils de modélisation des systèmes complexes (cas du système hospitalier)*. Acte du symposium Gestion des Risques à Rabat.

Motta, J-M. *Dynamique de groupe dans l'hôpital*. Document pdf publié sur : www.cadredesante.com

Site 1 : www.12manage.com.

Site 2 : www.geronim.free.fr

Aleksy, B., M. Charbol, J. Chauvet et P. Finiès. *Le projet de modélisation et de simulation des flux du nouvel hôpital estaing : aide a la décision versus management du changement*. 6^{ème} conférence MOSIM 2006 à Rabat.

Artiba, A., M. Briquet, J.Colin, A. Dontaine, D. Gourc, C. Pourcel, R.Stock 2004. *Modélisation d'établissement de santé*. Acte de conférence GISEH à Mons.

Artiba, A., M. Briquet, J.Colin, A. Dontaine, D. Gourc, G. Pempthead, C. Pourcel mai 2005. *Réflexions sur le déploiement de la stratégie des établissements de santé, Édition spéciale de la revue « Gestion hospitalière » sur le thème : Stratégie, management hospitalier et gestion du changement*, n° 446.

Belghiti Alaoui, A. 2005. *Principes généraux de la planification stratégique à l'hôpital*. Document du ministère de la santé. Maroc.

Chahed, S., E. Sahin et Y. Dallery. 2006. *Modélisation et comparaison du fonctionnement de trois Établissements d'Hospitalisation à Domicile en France*. Actes du 3^{ème} conférence francophone en Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers. Ville de Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg.

Charbol, M., J.Chauvet et P. Fenies. 2006. *Le projet de modélisation et des simulation des flux du nouvel hôpital Estaing : aide à la décision versus management du changement*. Acte de conférence MOSIM à Rabat.

Crozier, M., E. Friedberg. 1977. *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Éditions du Seuil, 1981. Première parution en, dans la collection Sociologie politique.

Destexhe A. 2005, *Grave crise de la gouvernance publique Dix mesures pratiques, concrètes, immédiatement applicables*. Document PDF publié à : www.destexhe.be/gouvernance_publicque.pdf

Grandhayé, J-P, 2007. *Gestion hospitalière : Défis et opportunités*. Session plénière Qualita à Tanger.

Équipe de PNAP, *Manuel d'analyse institutionnelle, gestion de projet*, 1994. Ministère chargé de