



**Université Senghor**

Université internationale de langue française  
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

# **EVALUATION DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE**

## **Etude de transférabilité du modèle EGIPSS dans les hôpitaux publics tunisiens**

Présenté par

**MEKKI MEDIMAGH**

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Administration Gestion

Spécialité Management des projets

23 Avril 2009

Devant le jury composé de :

Madame Danièle BORDELEAU Directrice du Département Administration - Gestion Université Senghor	Présidente
Monsieur Lucien ALBERT Professeur Université de Montréal	Examineur
Monsieur Mohamed GAD Professeur à l'institut d'études supérieures et de recherches, Alexandrie.	Examineur



## REMERCIEMENTS

Je remercie M. le professeur, Ferdinand TEXIER recteur de l'Université Senghor d'Alexandrie, mes directeurs de département Mme Danièle BORDELEAU et Mr Yves LANGEVIN pour leurs encadrement et leurs conseils tout au long de mon parcours de formation et mes études de mastère en développement.

Mes directeurs de stage professeur Lucien ALBERT, professeur François CHAMPAGNE, professeur André Pierre CONTANDRIOPOULOS, le personnel de l'Unité de santé internationale de l'Université de Montréal, le personnel du DASUM (Département d'Administration de la Santé de l'Université de Montréal), les chercheurs du GRIS de l'Université de Montréal, le directeur de l'Agence de santé et services sociaux de Montérégie et les directeurs des hôpitaux Pierre Boucher et Charles Le Moyne.

Les cadres et agents de l'Université Senghor pour leur soutien académique, logistique et moral.

Et enfin je remercie mes collègues de promotion qui avec leur entraide et solidarité, on a pu surmonter les moments difficiles de notre parcours de mastère.

Mekki MEDIMAGH, étudiant du département Administration et Gestion.

## DEDICACES

A l'âme de mon père et de ma sœur, dont leur présence spirituelle m'a toujours guidé ;

A ma mère, qui a tant souffert durant mon absence ;

A ma famille, qui m'a beaucoup soutenu ;

A mon directeur général M.Mohamed Hédi AMAMOU, qui m'a inspiré et encouragé pour entamer les études de ce mastère ;

Aux Professeurs M.Hédi ACHOURI et M.Ali MTIRAOUI qui m'ont encouragé pour entamer mes études de Mastère à l'Université Senghor d'Alexandrie.

## LISTE DES SIGLES

- C.E : Consultation Externe.
- DASUM : Département d'Administration de la Santé de l'Université de Montréal.
- DG : Directeur Général.
- DMS : Durée moyenne de séjour.
- EGIPSS : Evaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé.
- EPA : Etablissement Public à vocation Administrative.
- EPIC : Etablissement Public à vocation industrielle et Commerciale
- EPS : Etablissement Public de Santé.
- GAR : Grossesse à risque.
- GEPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.
- GRH : Gestion des Ressources Humaines.
- GRIS : Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé publique.
- H : Hospitalisation.
- JH : Journée d'hospitalisations.
- MD : Médecin.
- MSP: Ministère de la Santé Publique.
- OCDE : Organisation pour la Coopération et le Développement Economique.
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
- PATH : Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals.
- SIH : Système d'information hospitalier.
- U : Urgence.
- USI : Unité de Santé Internationale.

## SOMMAIRE

LISTE DES SIGLES.....	iii
LISTE DES ILLUSTRATIONS.....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
RESUME .....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I L'ANALYSE DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE : UNE OBLIGATION .....	3
1.1 L'organisation hospitalière dans le système de santé.....	3
1.1.1 Le système de santé ; une organisation complexe .....	3
1.1.2 Ambivalence autour de l'organisation hospitalière. ....	5
1.2 L'évaluation hospitalière et la mesure de la performance.....	6
1.2.1 Cadre conceptuel de l'évaluation hospitalière. ....	6
1.2.2 Mesure de la performance et amélioration continue de la qualité des soins .....	9
1.2.3 La réforme hospitalière en Tunisie des années 1990 : La quête de la performance .....	12
1.2.4 Approches d'évaluation dans les hôpitaux publics tunisiens : vers une consolidation.....	13
CHAPITRE II LE CONCEPT DE PERFORMANCE .....	16
2.1 La performance : un concept polysémique .....	16
2.2 La performance et les attentes socioéconomiques et politiques.....	17
2.3 Les dimensions de la performance hospitalière.....	18
2.3.1 Modèles unidimensionnels de la performance hospitalière .....	18
2.3.2 Modèles multidimensionnels ou combinatoires de la performance hospitalière. ....	21
CHAPITRE III APPROCHES METHODOLOGIQUES DU MODELE EGIPSS : VERS UNE EVALUATION GLOBALE ET INTEGREE DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE.....	27
3.1 Pourquoi une analyse du modèle EGIPSS particulièrement ?.....	27
3.2 Contexte référentiel de l'étude de la performance des hôpitaux publics en Tunisie .....	31
3.3 Méthodologie employée.....	33
CHAPITRE IV L'ETUDE DIAGNOSTIQUE DE LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS EN TUNISIE : PORTEE ET LIMITES .....	36
4.1 Présentation des résultats. ....	36
4.1.1 L'adaptation :.....	36
4.1.2 Culture et valeurs : .....	37
4.1.3 Production .....	38
4.2 Productivité économique et qualité des soins.....	40
4.3 Leçons à tirer et propositions : une question d'équilibre .....	46

CONCLUSION.....	57
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	59
ANNEXES.....	62
Annexe 1 Caractéristiques des différents systèmes de mesure de la performance.....	62
Annexe 2 Synthèse des modèles de performance unidimensionnelle.....	63
Annexe 3 Score moyen de performance en consultation externe, urgence et hospitalisation pas sous dimension et par hôpital. ....	64
Annexe 4 Questionnaires utilisés auprès des 4 hôpitaux objets d'études .....	66

## LISTE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Organisation du système de santé .....	4
Figure 2 : Schéma organisationnel de l'entité hospitalière.....	5
Figure 3 : Stratégie de sélection des indicateurs en fonction des exigences de disponibilité, faisabilité et qualité. ....	7
Figure 4 : Modèle de performance organisationnelle.....	22
Figure 5 : Les dimensions de la performance chez G .DUSSAULT .....	24
Figure 6 : Les critères de qualité chez Donabedian.....	25
Figure 7 : Evolution des ressources hospitalières en pourcentage entre 2000 et 2007. ....	36
Figure 8 : Croisement des différents indicateurs de performance .....	38
Figure 9 : Taux d'occupation et d'encadrement en pourcentage .....	38
Figure 10 : Dimensions et sous-dimensions de la performance : Modèle intégrateur et configurationnel : EGIPSS .....	41
Figure 11 Episode du malade. ....	41
Figure 12 : Prix de revient par acte et hôpital avec amortissement (en DT).....	42
Figure 13 : Insuffisances coronaires : .....	42
Figure 14 : Grossesse à risque : .....	42
Figure 15 : Ecart par rapport à la prise en charge optimale des cas d'insuffisances coronaires .....	43
Figure 16 : Prise en charge des GAR coûts observés / coûts standards.....	43
Figure 17 : Les axes et activités d'interventions pour l'amélioration de la performance : .....	45
Figure 18 : Les enjeux liés à la performance : .....	45
Figure 19 : Tableau de bord schématique. ....	54

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Questions d'évaluation selon la raison principale de l'évaluation .....	8
Tableau 2 : Les dimensions de la performance et leurs indicateurs retenus.....	10
Tableau 3 : Historique de l'hôpital SAHLOUL de Sousse. ....	13
Tableau 4 : Critères d'appréciation de la performance de l'organisation (SICOTTE et al.) .....	23
Tableau 5 : Synthèse des modèles de performance multidimensionnelle .....	25
Tableau 6 : Modèle logique d'amélioration de la performance. ....	28
Tableau 7 : Détails de la distribution des sources de données par dimensions et sous-dimensions de la performance .....	34
Tableau 8 Satisfaction générale par sous-dimension et par hôpital .....	39
Tableau 9 : Tableau de bord de transférabilité du modèle EGIPSS. ....	47
Tableau 10 : Hypothèses contraignantes face à la réalisation du tableau de bord de performance hospitalière. ....	55

## RESUME

La réforme hospitalière en Tunisie se résume aujourd'hui à la promulgation de lois et des textes juridiques trop parfaits mais peu opérationnalisés.

Après une vingtaine d'années de réforme hospitalière, les décideurs tunisiens commencent à poser des questions, à savoir : « Est-ce que la réforme a un réel impact en terme d'efficience du système de santé et de soins ? ».

Avec la mise en application du nouveau régime d'assurance maladie, entré en vigueur en 2007, le client aura le choix entre les services privés et ceux du public. C'est ce qui justifie la nécessité de mener une évaluation pour statuer sur le niveau de la performance des hôpitaux publics, identifier les faiblesses et remédier aux insuffisances qui pourraient se manifester.

Dans le cadre de l'évaluation, une analyse de la performance hospitalière est engagée par les décideurs avec le soutien de la Banque Mondiale. Il est question de solliciter les services d'un groupe de recherche pour activer le modèle EGIPSS (Evaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé) ; modèle qui a prouvé ses avantages, comparés avec les autres modèles d'analyse de la performance en tenant compte de la spécificité du secteur de la santé et des soins.

Ce travail de mémoire permet d'analyser l'approche développée par le modèle EGIPSS et resultera a une étude préliminaire sur la performance des hôpitaux publics tunisiens à laquelle j'ai pu contribuer.

Il vise à montrer les apports et les limites de la transférabilité de ce modèle pour ainsi proposer un outil de planification stratégique permettant d'améliorer la performance dans les hôpitaux tunisiens dans une perspective de faisabilité.

### **Mot-clefs**

Système de santé, hôpital, évaluation, performance, indicateur, modèle, analyse, efficience, qualité, transférabilité, Tunisie.

## **ABSTRACT**

Nowadays, the hospital reform in Tunisia is represented by the enactment of laws and legal texts that are way too perfect but a little useable.

After twenty years of hospital reform, the tunisian makers are having some questions such as : "Did the reform have a real effect in terms of efficiency of the health care system?".

The new health insurance system, applied in 2007, enables the customer to choose between the public and private services. That's why, it is necessary to evaluate the level of performance of public hospitals and to identify the weaknesses and resolves the shortages that can occur.

In the context, this evaluation focuses on the performance analysis launched by tunisian makers and supported by the World Bank. It is important to make use of the services of a research group in order to activate the GIEPHS model (Global Integrated Evaluation of the Performance of Health Systems) that has proved several benefits compared to other performance analysis models, taking into consideration the specifications of the health care sector.

This work constitutes an analysis tool for the approach presented by GIEPHS in order to lead to a preliminary study concerning the performance of the tunisian public hospitals, that I contributed to.

It shows the pros and cons of the transferability of this model in order to come up with a stategical planification tool that helps to enhance the performance of the tunisian hospitals in a feasibility perspective..

### **Key-words**

Health system, hospital, evaluation, performance, indicator, model, analysis, efficiency, quality, Tunisia.

« À mon avis, les hôpitaux sont les organisations les plus difficiles à gérer ».

**W.F. Glueck (1980, 3)<sup>1</sup>**

---

GLUECK, W.F, 1980, *Management (2<sup>e</sup> édition)*, The Dryden Press, Hinsdale, Cité par François Bernard Malo, « Participation des travailleurs et performances organisationnelles : le cas du CHUQ », Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion de l'Université Toulouse 1, le 17 décembre 2001.

## INTRODUCTION

Selon Henri MINTZBERG (1987) et d'après ses modèles de configurations organisationnelles, l'hôpital est considéré comme une bureaucratie professionnelle, qui se traduit par une institution bureaucratique et décentralisée du fait de l'autonomie dont disposent les structures de santé.

Dans ce milieu si complexe, des questions cruciales se posent :

Quelle stratégie pour améliorer la performance qui pourrait développer l'hôpital public aujourd'hui ? Face à des changements démographiques, naturels, financiers et technologiques, pouvant élever le niveau des prestations d'une structure hospitalière ou au contraire la rétrograder aux rangs des moins avancés de la performance hospitalière et d'un système de santé en général.

Des pays bien classés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) au niveau de la performance de leur système de santé se retrouvent malgré tout aujourd'hui, étranglés par des problèmes rattachés aux régimes de financement et d'équilibre de leur système de santé et de sécurité sociale et qui les mènent à poser des questions diverses, reprises par le journal français, LES ECHOS<sup>2</sup> :

...La résolution de cette tension passe par une double approche, quantitative : quel niveau de cotisations sociales sommes-nous prêts à accepter pour financer le système ? et qualitative : comment mieux organiser des soins qui restent artisanaux et surtout cloisonnés, entraînant à la fois des coûts élevés et des dysfonctionnements dont pâtit trop souvent le patient et qui peuvent avoir parfois des conséquences dramatiques...

La Tunisie, pays de dix millions d'habitants, situé au Nord de l'Afrique, a fait face à cette situation. Le gouvernement ayant approuvé une volonté politique de mise à niveau de son système de santé qui soit en harmonie avec une politique de mise à niveau intégral des différents secteurs, a entamé dès le début des années 1990 une réforme du secteur hospitalier.

Cette réforme vise à donner au citoyen un service de santé et de soin accessible et de qualité et à doter les établissements de santé d'une solidité managériale lui épargnant les défaillances qui accablaient ces institutions tout au long des années passées.

Ces défaillances sont marquées par une lourdeur, l'absence d'homogénéité et de continuité au niveau des services.

Après presque une vingtaine d'années de réforme hospitalière, les professionnels de la santé ainsi que les autorités, qui sont conscientes de la nécessité d'évaluer les réformes, programmes et plans nationaux entamés, ont insisté sur la prépondérance de l'évaluation hospitalière.

En conséquence, des démarches ont été entamées par les hautes autorités de contrôle en 2003 pour évaluer cette réforme.

---

<sup>2</sup> « Comment sauver le système de santé ? », le point de vue de Jean-Marc Boulanger, Dominique Coudreau, rose-marie van Lerberghe et thierry Zylberberg, LES ECHOS, du 09 février 2009, P.15.

Les résultats de ces missions ont montré entre autres un manque d'efficacité dans certaines structures de santé essentiellement celles de première et deuxième ligne et ce, sur le plan managérial et sanitaire, une amélioration des situations budgétaires et de la situation de gestion des institutions de haute technicité c'est-à-dire les centres hospitalo-universitaires dotés de l'autonomie de gestion.

Aujourd'hui, l'un des problèmes de l'hôpital public reste un manque de synergie entre le managérial et le médical. L'hôpital, comme le décrit MINTZBERG, est constitué de quatre mondes représentés sous formes de silos ou vases non communicants, où chacun travaille isolé dans son milieu professionnel restreint et où la collaboration et la coopération demeurent l'exception. D'où la nécessité de rapprocher le managérial au médical et dissiper l'hiatus qui existe entre les différents « mondes » tels que décrits par MINTZBERG. Ceci s'impose aujourd'hui comme une nécessité pour atteindre la performance hospitalière.

Différents modèles d'analyse et renforcement de la performance hospitalière ont traité ce volet : Le modèle européen PATH<sup>3</sup>, le modèle américain et pour finir, le modèle canadien basé sur la théorie de l'action sociale de PARSON duquel est issu le modèle EGIPSS<sup>4</sup>. Ce dernier, sollicité par les autorités tunisiennes de santé récemment via la Banque Mondiale, fait ses preuves pour analyser les composantes de performance du système de santé tunisienne et plus précisément les hôpitaux publics.

Le mémoire analyse ce que les experts et développeurs de ce modèle ont élaboré comme étude, représentée par l'Unité de Santé Internationale (USI) du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal conjointement avec le groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal (GRIS). Il propose :

De présenter le concept de la performance hospitalière et sa nécessité dans le contexte hospitalier et le contexte national en général ( chapitre 1), de présenter le concept de la performance selon la littérature et la théorie ( chapitre 2), d'exposer l'approche méthodologique adoptée au cours de cette étude (chapitre 3) et enfin conclure avec les résultats présentés et ses limites ainsi que l'apport au niveau de mes travaux pour admettre une possible transférabilité du modèle EGIPSS au contexte hospitalier Tunisien.

Le chapitre premier présentera l'analyse de la performance comme étant une obligation et non un choix, dans quelle mesure cette obligation d'analyse s'impose ? Et quel est son apport pour la suite de l'étude?

---

<sup>3</sup> PATH : Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals, est un projet Européen d'évaluation de la performance pour l'amélioration de la qualité à l'hôpital dans six dimensions, efficacité clinique, efficience, responsabilité vers les ressources humaines, responsabilité vers la population locale.

<sup>4</sup> Evaluation Globale et Intégrale de la Performance des Systèmes de Santé.

## CHAPITRE I

### L'ANALYSE DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE : UNE OBLIGATION

L'hôpital public constitue aujourd'hui plus que jamais le lieu où le service des soins constitue un imminent besoin dans les pays en voie de développement. Cela n'est pas toujours le cas dans les pays développés vu le choix donné aux clients (patients) et l'accessibilité qu'offre le secteur privé au niveau des services de soins.

Dans ce contexte, le patient devient de plus en plus exigeant pour satisfaire ses attentes, et oblige les structures de soins à améliorer leur niveau de prestation. Désormais, les patients ne sont pas considérés uniquement comme des patients, mais comme de véritables clients.

Partons de ce constat, l'hôpital dans les pays en voie de développement impose aujourd'hui que les offres de soins soient prodiguées avec la meilleure qualité et le maximum d'adéquations aux besoins.

C'est dans ce cadre que se pose la question de la performance hospitalière, dans quelle mesure la performance constitue-t-elle une obligation aujourd'hui ?

Pour aboutir à une explication exhaustive, il est opportun d'exposer une vision complète de l'organisation hospitalière dans son rapport avec le système de santé.

#### 1.1 L'organisation hospitalière dans le système de santé.

Dans cette première partie, il est question de définir le système de santé et de démontrer sa complexité.

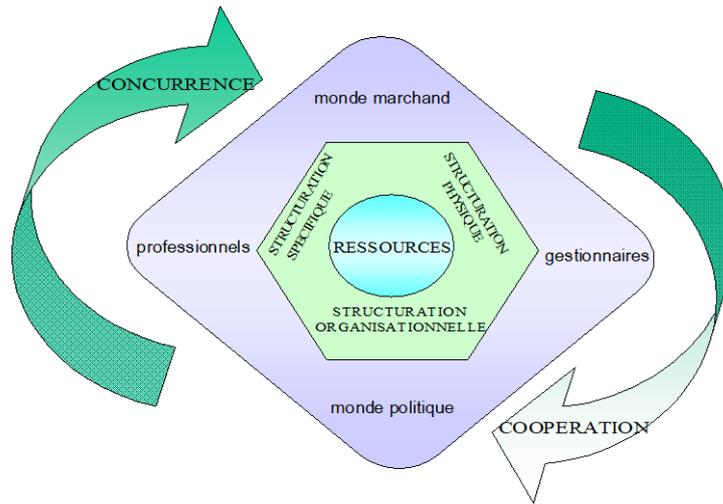
##### 1.1.1 Le système de santé ; une organisation complexe

Le système de santé est constitué d'une structuration physique (bâtiments, architecture, plateaux techniques, budgets), d'une structuration organisationnelle (gouvernance) et d'une structuration symbolique spécifique (représentations, valeurs, normes collectives).

Ce système délimite un contexte social composé de quatre groupes d'acteurs : professionnels, gestionnaires, monde marchand et monde politique. Ces groupes interagissent dans un milieu de coopération et de concurrence. Leurs actions sont acheminées vers des objectifs de production et de contrôle des ressources.

Le schéma suivant illustre bien la complexité de cette organisation ainsi décrite

Figure 1 : Organisation du système de santé



Source : MEDIMAGH Mekki, (2008), inspiré de la définition du système de santé.

Il est à noter par conséquent que le système de santé englobe le système de soins. Son origine remonte au terme grec « Sunistenai » qui signifie : placer ensemble, grouper, unir.

Et le mot système signifie « un ensemble possédant une structure constituant un tout organique »<sup>5</sup>. Von Bertalanffy (1973) définit le système comme « un ensemble d'unités en interrelations mutuelles ».

De même, Edgar Morin définit le système comme une « unité globale organisée d'interrelations entre éléments, actions ou individus »<sup>6</sup>. Partant de ce fait, Morin ajoute que « l'organisation est l'agencement de relations entre composants ou individus qui produit une unité complexe ou système, dotée de qualités inconnues au niveau des composants ou individus »<sup>7</sup>.

Après avoir défini le système de soins, il est opportun de décliner ses objectifs. Selon l'OMS, l'objectif de tout système de soins se concentre autour de trois objectifs intrinsèques (OMS, 2000) :

- L'amélioration du niveau de santé de la population ;
- L'amélioration de la capacité du système de santé à répondre aux attentes de la population, d'où la notion de réactivité ;
- L'équité de la contribution financière des ménages.

<sup>5</sup> Le petit Robert, dictionnaire de la langue française, Mars 1995, ISBN 2-85036-390-1, P.2194.

<sup>6</sup> MORIN.E, La méthode : la nature de la nature, points Essais, 1993, (1<sup>re</sup> édition 1977), Tome I, p 235.

<sup>7</sup> MORIN.E, 1993,op.cit.

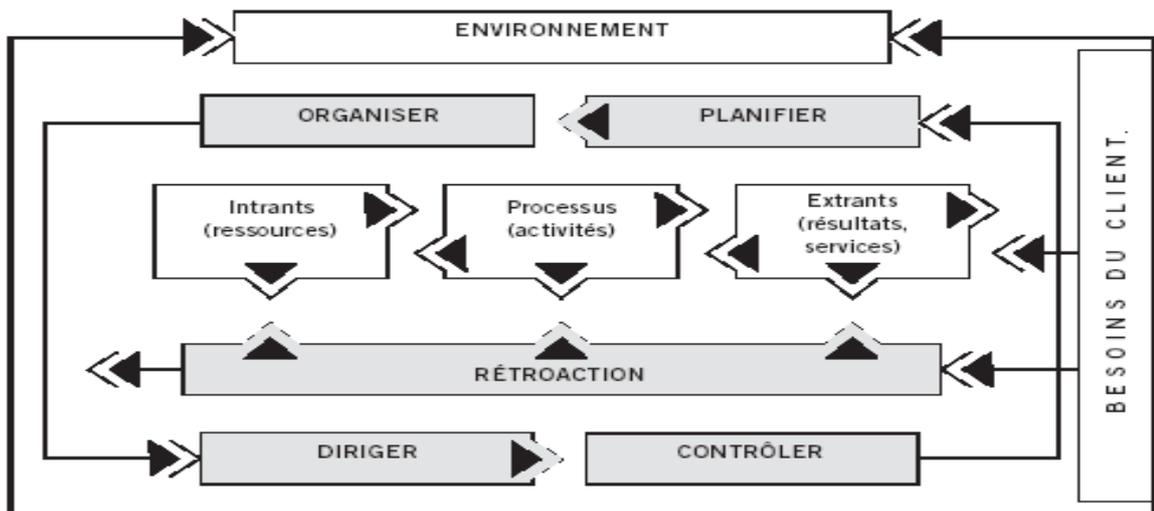
### 1.1.2 Ambivalence autour de l'organisation hospitalière.

Comme toute entreprise privée, qui tire son profit de la satisfaction des besoins du marché, et qui concentre son organisation autour du client ; l'organisation au sein d'un hôpital n'échappe pas à cette démarche/approche.

En effet, partant de ressources (Intrants), l'organisation adopte un processus rigoureusement tracé composé de l'activité hospitalière et des services sociaux. Ces activités ou ce processus œuvre dans un objectif de produire des résultats (Extrants) en terme de services au profit du seul client.

Cette démarche organisationnelle s'insère dans une méthode PDCA : « Plan » pour planifier, « Do » pour organiser, « Check » pour contrôler, et « Act » pour diriger. Elle nous rappelle la roue de Deming<sup>8</sup> qui, tout en tenant compte de l'environnement et son rôle, influe l'organisation. La figure suivante résume la démarche organisationnelle normale de l'entité hospitalière.

Figure 2 : Schéma organisationnel de l'entité hospitalière



Source : Ali MTIRAOU, « Principes de Management dans le domaine de la santé », module de formation à l'usage du personnel cadre de la santé, faculté de Médecine de Sousse-Tunisie, Novembre 2004, p 28.

Cependant, il est à préciser que l'organisation hospitalière est un organisme porteur de plusieurs ambivalences et spécificités, car son périmètre d'application concerne les produits / services et les clients.

- Produits / Service : comme le souligne KLEIBER concernant les produits et les services « *la consommation et la production des services de soins sont fondées sur la relation soignant / soigné, elles sont essentielles et ambiguës. La demande est illimitée ou en tout cas difficile à évaluer* »<sup>9</sup>. De part la définition, un service est une activité ou une prestation soumise à l'échange, essentiellement

<sup>8</sup> C'est une illustration de la méthode de gestion de la qualité PDCA qui vient du statisticien William Edwards Deming popularisant la méthode dans les années 50 et la présentant au Nippon keiderrenen.

<sup>9</sup> KLEIBER.ch « Gestions de soins », Payot, Lausanne, 1991, p 11.

intangible et qui ne donne lieu à aucun transfert de propriété. « Un service peut être associé ou non à un produit physique » soulignent (Kotler et Dubois, 1998).

- Client : le client est une personne qui contracte un service avec une organisation de confiance. Cette organisation fait un certain choix, participe à un échange, par lequel, elle tire du profit qui peut se présenter sous forme de soins ou de reconnaissance, de guérison ou d'amélioration de l'état de santé.

Pour y aboutir, l'usager du service de soins cherche un service à la hauteur de la confiance qui existe dans sa relation contractuelle avec l'hôpital, dans un environnement « hospitalier », ou un certain confort et respect de l'intégrité physique et morale est sollicité.

Ces objectifs sont difficiles à atteindre, aujourd'hui, dans un contexte hospitalier marqué par un choix limité au client, un environnement concurrentiel mitigé où le patient est considéré comme un malade seulement, et non pas comme un client libre de son choix et où l'offre de soins est à partie unique marquée par un déséquilibre contractuel et une monopolisation du secteur de soins par les hôpitaux publics.

De ce fait, la mise à niveau de l'organisation hospitalière passe inéluctablement par une évaluation de la prestation hospitalière à travers la mesure de la performance.

## **1.2 L'évaluation hospitalière et la mesure de la performance**

Avant d'exposer la question de la performance et de sa mesure il est utile de proposer un cadre conceptuel de l'évaluation hospitalière.

### **1.2.1 Cadre conceptuel de l'évaluation hospitalière.**

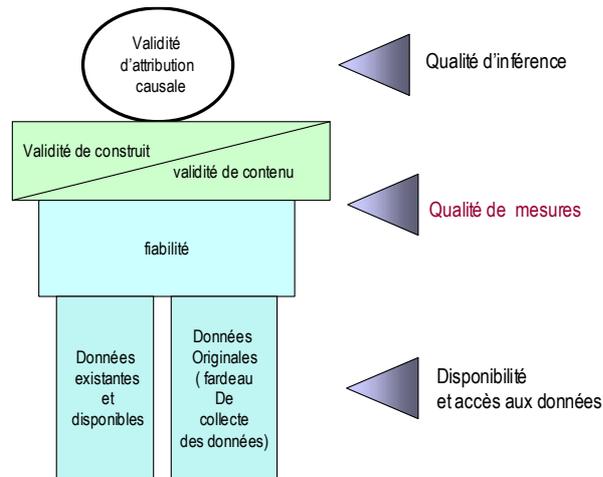
Pour bien cadrer le concept de l'évaluation, une simple démarche de réflexion nous rappelle la méthode PDCA citée précédemment, où l'identification du problème permet de poser les questions : QPQC (Quoi, Pourquoi, Quand, Comment).

- **Qu'est ce qu'on évalue ?**

L'évaluation est un ensemble d'activités (observations et mesures) qui aboutit à un jugement sur l'ensemble ou une partie d'un travail et qui permettra d'aider à la prise de décision ou des mesures correctives à une situation donnée.

Le schéma suivant peut bien illustrer l'objet de l'évaluation.

Figure 3 : Stratégie de sélection des indicateurs en fonction des exigences de disponibilité, faisabilité et qualité.



Source : CHAMPAGNE.François, PhD, Université de Montréal, « *La performance hospitalière dans une perspective organisationnelle ; concepts, préférences et enjeux* », Bruxelles, 27 juin 2006 P. 30

▪ **Pourquoi évaluer ?**

L'évaluation n'a jamais été un sujet ou une tâche appréciée par les gestionnaires ou les acteurs d'un système, et ce pour plusieurs raisons dont les plus marquantes sont les suivantes :

- Une estimation facilitante qui minimise l'importance de l'évaluation et prône l'évidence des résultats réalisés sans évoquer la nécessité d'effectuer une analyse systémique ;
- Le manque d'expertise en matière d'évaluation ;
- La peur des résultats ;
- Le coût de l'évaluation très important qui dépasse parfois le coût des activités objets d'évaluation ;
- Des considérations culturelles.

Ces raisons n'excluent guère les mérites de l'évaluation. En effet, elle permet de :

- Définir les forces et les faiblesses, les opportunités et les menaces ;
- Réaliser un bon suivi des ressources et des résultats ;
- Effectuer une approche clientèle centrée sur le besoin du client ou patient ;
- Faire les liens entre les moyens, les effets et leur finalité (impact) ;
- Servir de tableau de bord applicable dans le temps et dans l'espace ;

▪ **Quand évaluer ?**

L'idée commune renvoie vers une évaluation "après coup" ou en fin d'activité. Mais il est fortement conseillé d'entamer des évaluations avant projet et concomitantes à l'avancement du projet. Ceci permettra de mettre en place des ajustements aux moments opportuns.

▪ **Comment évaluer ?**

L'évaluation est tributaire de plusieurs variables. En effet, en fonction de la cible de mesure de la performance (amélioration, imputabilité, acquisition des connaissances) et des questions posées (Qui ?, Quoi ? Pour qui ?, Pourquoi ?) On peut savoir comment évaluer.

Le Professeur François CHAMPAGNE (2006) a dressé dans un tableau récapitulatif (annexe 1) des éléments à prendre en considération à savoir si l'amélioration de la performance, concerne les professionnels (qui), la raison de l'étude (pourquoi), de comprendre le processus (quoi), de motiver le personnels, d'évaluer les changements établis ou pour atteindre des buts normatifs.

Ceci est mené avec peu d'indicateurs mais dont la collecte doit être simple, avec une validité approximative et une période moyennement courte. Et pour finir, elle doit concerner un public interne.

Tableau 1: Questions d'évaluation selon la raison principale de l'évaluation

	<b>Types de question d'évaluation suivant la raison principale de l'évaluation</b>
<b>Pertinence</b>	Les stratégies et les services du programme sont-ils appropriés par rapport aux besoins auxquels ils sont supposés répondre ?
<b>Adéquation</b>	Le programme traite-t-il tous les besoins qu'il est supposé traiter ?
<b>Progrès</b>	Le programme est-il en train d'accomplir ce qui était planifié dans les délais prévus et conformément au budget ?
<b>Efficacité</b>	Le programme est-il en train d'atteindre ses objectifs intermédiaires et de répondre aux besoins de ses clients ?
<b>Impact</b>	Le programme a-t-il obtenu les résultats escomptés à long terme ?
<b>Efficienc</b>	Les résultats du programme sont-ils appropriés par rapport à l'utilisation des ressources ?
<b>Viabilité</b>	Le programme/ organisation fournit-il des services de qualité à ses clients, augmente-t-il ou maintient-il la demande pour les services et mobilise-t-il des recettes à l'échelle locale, tout en diminuant sa dépendance face au financement des bailleurs de fonds externes ?

Source : MTIRAOUI.Ali, PHD Faculté de Medecine de Sousse. « Principes de Management dans le domaine de la santé », module de formation à l'usage du personnel cadre de la santé, faculté de Médecine de Sousse - Tunisie, novembre 2004, P79.

Pour finir, on peut reprendre les stipulations du comité d'aide au développement issue de l'Organisation pour la Coopération et le Développement Economique(OCDE)<sup>10</sup> qui insiste sur le fait que l'évaluation doit permettre d'améliorer les politiques, programmes et projets des années futures grâce à la prise en compte des enseignements tirés du passé et fournir les éléments en vue de la justification des actions menées avec des informations destinées au public (Mtiraoui, 2004).<sup>11</sup>

### 1.2.2 Mesure de la performance et amélioration continue de la qualité des soins

Partant du contexte déjà cité de l'évaluation hospitalière, la mesure de la performance selon BAUBEAU et PEREIRA<sup>12</sup>, constitue une préoccupation qui remonte au milieu du 19<sup>ème</sup> siècle (Nithingale,1860 cité par Baubeau et Pereira ).

L'application réelle n'a pu se faire que dans les années 1980-1990 et ce, avec l'appui de l'opinion publique et des contraintes financières que connaissent les systèmes de santé dès les années 1970 et ce encore grâce aux outils statistiques fonctionnels et puissants permettant aux travaux dans ce thème de se développer.

Les ressources publiques généralement limitées conduisent les pouvoirs publics à contrôler les dépenses engagées dans le domaine de la santé, d'autant plus que le patient devient plus revendicateur, il exprime ses droits d'être informé et exige une qualité des soins meilleure.

Par conséquent, une double contrainte s'impose, l'une financière et l'autre relative à l'amélioration de la qualité.

La mesure de la performance dans le domaine sanitaire comme le souligne BAUBEAU et PEREIRA est définie comme :

- Une entreprise légitime, soutenue par les attentes de l'opinion publique pour un meilleur système de santé et une responsabilité renforcée du système ;
- Une entreprise difficile faisant appel à la complexité des déterminants de la santé, à la multiplicité des intervenants et par conséquent, à la nécessité de l'analyse de la performance par comparaison ;
- Une entreprise politique puisque les performances attendues du système de soins dépendent des objectifs fixés par les pouvoirs publics et les attentes manifestées par les citoyens du système de santé.

En effet, la mesure de la performance a ainsi occupé l'attention de l'OMS<sup>13</sup> dans son rapport (2000) sur la santé dans le monde où elle a évoqué la question des performances des systèmes de santé.

---

<sup>10</sup> Organisation pour la Coopération et le Développement Economique.

<sup>11</sup> Comité d'aide au développement (CAD-OCDE) cité par MTIRAOUI.A, op cite.

<sup>12</sup> Dominique BAUBEAU et Céline PEREIRA, « *Mesure de la performance dans le domaine de la santé* », Solidarité et santé n°3, 2004.

<sup>13</sup> OMS, rapport sur la santé dans le monde (2000) p 28.

Par comparaison, elle a classé 191 pays sur la base de critères et d'indicateurs communs, dont trois dimensions de la performance essentielles ont été mentionnés :

- L'amélioration de l'état de santé de la population ;
- La réactivité du système par rapport aux attentes des personnes ;
- L'équité du financement du système de soins.

Ce classement tient compte de la réussite des trois dimensions et de l'équité des systèmes. Il repose sur des indicateurs tels que :

- Le niveau de santé général ;
- La distribution de la santé dans la population ;
- Le degré général de la réactivité ;
- La distribution de cette réactivité ;
- La distribution de la contribution financière.

Le tableau qui suit présente quelques indicateurs qui peuvent contribuer à la mesure de la performance des établissements hospitaliers :

Tableau 2 : Les dimensions de la performance et leurs indicateurs retenus

Dimensions de la performance	Indicateurs retenus
<u>Qualité des soins aux patients</u>	
Indicateurs de structures	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Délais d'attente</li> <li>▪ Densité de la couverture infirmière de nuit</li> <li>▪ Formation du personnel</li> </ul>
Indicateurs de procédures	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taux de césarienne par niveau de maternité</li> <li>▪ Prescription contrôlée des antibiotiques</li> </ul>
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proportion de patients ayant acquis</li> <li>▪ Mortalité à date fixe après une intervention donnée</li> </ul>
<u>Qualité du service rendu à la collectivité</u>	
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Horaire de fonctionnement</li> <li>▪ Effectifs et ETP des assistants de service social</li> </ul>
Bonne utilisation des moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de patients traités (file active)</li> <li>▪ Valeurs du point ISA</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proportion de séjours en hospitalisation &lt; 24 h</li> </ul>
<b>Capacité d'adaptation</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taux de renouvellement du personnel</li> <li>▪ Existence d'une gestion prévisionnelle des emplois</li> </ul>
<b>Organisation et conditions de travail favorables</b>	
	Conditions de travail perçues

Source : Tableau issu du *Dossier Solidarité Santé* n°2 - 2001, p. 79-81, Drees, introduit dans *dossiers solidarité et santé*, n°3, juillet - septembre 2004 p 56.

Performance et qualité des soins sont étroitement liés. En effet la notion de qualité des soins adopte la notion de satisfaction des patients et du plus bas coût pour un meilleur résultat, d'où la notion d'efficacité. Une fusion entre les attentes des patients, des gestionnaires et de l'opinion publique en général dépasse le cadre restreint du service de santé pour toucher la satisfaction de toute une population.

Comme le souligne LOMBRAIL et al.<sup>14</sup>

- Les établissements doivent s'organiser pour répondre aux besoins de la population et par conséquent, favoriser l'accessibilité à tous ceux qui en ont besoin ;
- L'hôpital doit prendre en charge les besoins psychologiques et sociaux des patients, en participant à des actions de prévention et d'éducation pour la santé en harmonie avec les autres acteurs de la santé et de l'environnement du secteur dans un cadre de réseautage ;
- Le rôle crucial des établissements publics dans la réduction des inégalités sociales en matière d'accessibilité au service de soins et à la prise en charge des plus démunis ;
- Le rôle des urgences qui ne cesse d'accroître et qui constitue la porte d'entrée aux services de soins.

Une divergence accrue entre les attentes des patients et celle des services prodigués par les professionnels et les gestionnaires conduit à la nécessité de donner au thème de la performance hospitalière son rôle central dans le système de la santé puisqu'il faut envisager la performance d'un hôpital dans « sa globalité »<sup>15</sup>, qui donne toute l'importance à sa mission à travers une analyse comparative d'un certain nombre d'indicateurs (qualité technique, de satisfaction, d'accessibilité). De ce fait, le partenariat avec les professionnels s'avère indispensable pour améliorer la qualité des soins en

<sup>14</sup> LOMBRAIL.Pierre, Michel NAIDITCH, Philippe CUNEO, « Les éléments de la performance hospitalière, les conditions d'une comparaison » dans DREES études et résultats n° 42, Décembre 1999,P 15 .

<sup>15</sup> LOMBRAIL.Pierre, OP.cit.

passant par l'amélioration du système d'information hospitalier et en utilisant des indicateurs fiables et valides.

### 1.2.3 La réforme hospitalière en Tunisie des années 1990 : La quête de la performance

La situation actuelle des EPS (Etablissement Public de Santé) au niveau organisationnel s'impose aujourd'hui, comme le fruit d'un travail de réforme long et fastidieux exigeant aux décideurs et aux gestionnaires des efforts d'amélioration continus et permanents.

Le projet d'appui à la réforme<sup>16</sup> avait pour objectif général de remodeler la structure institutionnelle et financière du secteur hospitalier public, dans sa composante hospitalo-universitaire, pour une plus grande autonomie des établissements et une gestion efficiente des ressources.

Trois objectifs spécifiques essentiels ont été fixés à ce projet :

- Accroître l'efficacité interne des hôpitaux universitaires ;
- Fournir les informations relatives aux activités et aux coûts des soins ;
- Réaménager les modalités de partage des charges financières par adéquation de la contribution financières des services.

Au niveau de sa stratégie de réalisation, ce projet est subdivisé en quatre phases :

- Une phase institutionnelle, définie par la loi n°91- 63 du 29 juillet 1991 qui a créé la notion de l'Etablissement Public de Santé (EPS), entité juridique intermédiaire entre les E.P.A<sup>17</sup> et les E.P.I.C<sup>18</sup>. L'E.P.S est une entité autonome dotée de la personnalité civile, régie par la législation commerciale, dirigée par des conseils d'administration, administrée par des directeurs généraux et soumise à la tutelle de l'Etat.
- Une structure gestionnaire, qui vise la préparation et la mise en œuvre d'un manuel de gestion financière, d'une base de données de gestion financière et d'un système informatisé de gestion.
- Une partie réservée à des études qui préparent d'autres réformes du système de santé.
- Une partie de mise en œuvre de l'infrastructure qui contribue à rénover les équipements medico-techniques, informatiques, mobiliers.

Une double problématique financière et stratégique est à l'origine de cette réforme menée sous la forme d'une action concertée entre les praticiens du milieu hospitaliers (médecins et paramédicaux...etc.) et les gestionnaires.

---

<sup>16</sup> Dicté par la Banque Mondiale au début des années 1990.

<sup>17</sup> Etablissement Public à vocation Administratif.

<sup>18</sup> EPIC : établissement Public à vocation Industrielle est Commercial ou non administratif selon le décret de 1990 relatif aux entreprises publiques.

Un groupe de travail, composé de médecins, membres des comités médicaux d'établissement et de directeurs, a comme mission, l'élaboration d'un projet capable de satisfaire aux exigences de cette double problématique qui n'est autre que de relancer l'innovation médicale et redresser la situation financière.

Le redressement de la situation financière passait par la mise en œuvre d'une réforme de la gestion budgétaire de même que la relance du perfectionnement de l'activité médicale au niveau des CHU.

Ceci nécessitait une réaction concertée de tous les acteurs essentiellement de ceux qui oeuvrent au niveau technique. L'objectif étant de rendre les acteurs de la réforme responsables de l'enveloppe globale de l'activité hospitalière et par conséquent des dépenses équivalentes aux prestations de services. Ces deux paramètres médico-économiques ont été jusqu'à aujourd'hui, négligeables voire même inaperçus. En effet, on ne peut pas concevoir une performance du secteur hospitalier sans une vision englobant l'aspect médical et économique. Du coup, l'assimilation de ces notions a conduit certains hôpitaux dotés de l'autonomie de gestion à engager quelques démarches qui permettent de consolider cette quête de la performance.

#### 1.2.4 Approches d'évaluation dans les hôpitaux publics tunisiens : vers une consolidation.

L'exemple de l'hôpital SAHLOUL de Sousse constitue par excellence l'exemple des hôpitaux nés avec la réforme hospitalière (1992), doté de l'autonomie de gestion stipulée par la loi n°91-63 du 29 juillet 1991, Le tableau qui suit résume l'historique et les caractéristiques de ce centre hospitalo-universitaire.

Tableau 3 : Historique de l'hôpital SAHLOUL de Sousse.

<i>Date de construction</i>	1982-1990
<i>Espace couvert</i>	46000 M <sup>2</sup>
<i>Coût de projet</i>	31896 DT
<i>Equipement</i>	14516 DT
<i>Constructions</i>	15751 DT
<i>Date d'ouverture publique</i>	06-septembre-91
<i>Services médicaux</i>	16
<i>Services médicaux-techniques</i>	10

Source : Rapport d'activité de l'hôpital SAHLOUL de Sousse, 2000-2006.

Des approches ont été utilisées à titre d'expérience pilote ou de démarches unilatérales qui cherchent leur confirmation à titre institutionnel et ce, au niveau des instances de tutelle (MSP <sup>19</sup> et du Premier ministre) pour que soient généralisées et consolidées ces démarches d'évaluation renforçant la performance hospitalière.

La nécessité de rapprocher la gestion des unités opérationnelles, autrement dit de déconcentrer les décisions en matière de gestion ainsi que les moyens permettant leur réalisation, n'est pas une idée

<sup>19</sup> MSP : Ministère de la santé publique de Tunisie.

nouvelle. Elle est au centre de bien des dispositifs mis en œuvre dans le cadre de la réforme de l'Etat. A l'hôpital, la responsabilisation des unités opérationnelles était déjà au centre des préoccupations de la direction générale qui rendait obligatoire la mise en place de budget par centre de responsabilité.

En effet, la contrainte budgétaire, qui pèse de plus en plus lourd aux établissements de santé du fait des efforts de maîtrise des dépenses de santé incite à rechercher de nouveaux modes de gestion, et redonne tout son intérêt à la délégation de gestion appuyée sur une contractualisation interne. Cette contractualisation constitue un instrument de maîtrise budgétaire et d'analyse de la performance économique en premier lieu.

La contractualisation est conçue comme un outil de maîtrise, elle doit aussi être un outil de responsabilisation et de gestion concertée entre le corps médical et la direction. Le support central de la démarche est le tableau de bord ; outil qui est amené à évoluer considérablement au regard des exigences croissantes. En effet, dans le cadre de la même réforme, le budget de service se présente comme la facette économique et financière de la contractualisation interne. D'un outil aujourd'hui essentiellement budgétaire et financier, on se dirige vers un outil plus élaboré et plus complet intégrant plus largement une dimension médicalisée.

De plus, la contractualisation interne doit se concevoir comme le prolongement et le complément de la contractualisation externe qui doit désormais gérer les rapports entre les établissements de santé et les pouvoirs de tutelle. Dans telles conditions, on peut supposer que la contractualisation interne obéisse à la même logique et vise les mêmes objectifs que la contractualisation externe.

D'autres approches, telles que l'étude des groupes homogènes des malades (GHM) ont été développées. Elles ont pour objectif de collecter des informations médico-économiques pour une séquence d'hospitalisation d'un patient à travers une fiche navette appelée Résumé Clinique Minimum (RCM) et de centraliser ces informations après leur intégration pour pouvoir déterminer les groupes de malades homogènes traités au niveau de l'établissement. Cette expérience permet de s'outiller d'un tableau de bord très utile à l'échelle médicale et économique pour se comparer aux autres structures de soins sur le plan de la performance hospitalière et un outil stratégique de veille épidémiologique pour les décideurs du secteur de la santé.

Tout en évoquant l'importance de la performance hospitalière dans un contexte hospitalier complexe et ambivalent, des modèles et théories se sont penchés sur la question de la performance hospitalière et de sa mesure.

De ce fait le modèle EGIPSS développé par un groupe de recherche de l'Université de Montréal (lieu de stage) constitue l'objet essentiel de mon thème d'étude, d'autant plus que la Banque Mondiale a accordé à ce groupe conjointement avec l'Unité de Santé Internationale du CHU de Montréal, la mission d'effectuer une étude diagnostique de la performance des hôpitaux publics tunisiens.

Partant des hypothèses explicitées ci-dessus, dans quelle mesure l'évaluation de la performance hospitalière permet de transformer l'hôpital public, et dans quelle mesure le modèle EGIPSS

(Evaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé) est transférable dans le contexte hospitalier tunisien après finalisation de l'étude diagnostique.

De ce fait, les résultats attendus de cette étude de transférabilité se concentrent au niveau des axes suivants (adaptation, atteinte des buts, production, maintien des valeurs).

## CHAPITRE II

### LE CONCEPT DE LA PERFORMANCE

Plusieurs auteurs ont traité le thème de la performance. Ce thème est polysémique et présente plusieurs enjeux socioéconomiques et politiques. Nous y retrouvons, en général, des modèles qui sont classés en modèles unidimensionnels et multidimensionnels. Le chapitre se propose d'apporter un éclairage sur ces notions et présenter ces modèles.

#### 2.1 La performance : un concept polysémique.

Le terme performance a été emprunté du terme latin « performare » au XV<sup>ème</sup> siècle qui veut dire accomplissement, réalisation, résultat réel. Il a été introduit en Français selon la citation de Rey A, et dans le *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 1993<sup>20</sup> dans le domaine des courses de chevaux pour signaler les capacités et les potentiels des chevaux.

Le terme performance donne ainsi lieu à des explications différentes qui concernent les résultats d'une action. Il peut s'agir d'un résultat réalisé et ses indicateurs de suivi, de même qu'il signifie la réussite. Et finalement, il désigne les résultats et les actions menés ce qui résulte du processus. Ce dernier élément renvoie à la capacité ou au potentiel.

D'après ces explications, il ressort que la définition de la performance n'est pas facile, et évoque beaucoup d'ambivalences ce qui nous mène à poser une question sur l'objet de la performance pour bien cerner la définition.

Qu'est-ce que la performance d'un système de santé ?

Pour répondre à cette question, nous nous référons à l'OMS<sup>21</sup> qui définissait la santé avant 1970 et comme le souligne Alice Teil<sup>22</sup> dans sa thèse de doctorat « un état de non maladie ». Après cette date, elle était définie comme un « état complet de bien être physique et mental ». Cette définition complique davantage l'idée de cerner le concept de la performance puisque le bien-être physique et mental est à vocation psychologique et social, ce qui nous renvoie vers une question sur les attentes d'ordre socio-économiques et politiques par rapport à la performance ; quelles sont ces attentes ?

---

<sup>20</sup> Rey A, *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 1993.

<sup>21</sup> Organisation Mondiale de la Santé.

<sup>22</sup> TEIL.Alice, « *Défi de la performance et vision partagée des acteurs* », thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Jean Moulin - Lyon, 2003.

## **2.2 La performance et les attentes socioéconomiques et politiques**

Le concept de la performance revêt des caractères socioéconomiques. En effet, des attentes d'ordre social donnent à la performance une morphologie bien définie puisque la performance hospitalière, dans une société donnée, est différente d'une autre. En effet, la performance d'un médecin, par exemple est appréciée et dite « de qualité » lorsqu'une visite médicale est accompagnée par une prescription de médicaments très riche et variée. Cette conception de la performance médicale dans des pays en développement est toujours associée au matériel et équipements utilisés ainsi qu'à une prise en charge aboutissant à des soins ou une prescription de médicaments plus qu'à des conseils, orientations ou comportements préventifs adressés aux patients. Dans cette perspective, une question se pose, à savoir si la performance hospitalière qui permet au secteur de soins d'avancer doit répondre à des attentes sociales même si celles-ci sont écartées de la performance perçue par les scientifiques et les praticiens eux-mêmes.

Ajoutons à ce niveau de la performance, les attentes économiques caractérisant la performance hospitalière et les revendications sociales diverses et variées qui mettent le secteur hospitalier actuellement sur la même ligne de comparaison que les secteurs marchands (industriels, commerciaux) et par conséquent compétitifs. Une compétitivité économique qui s'accroît d'un jour à l'autre surtout avec les efforts des secteurs d'assurance maladie qui essaient de fidéliser la clientèle en donnant une plus grande diversité de choix de services de santé, ce qui constitue un élément d'avantage compétitif très marquant et décisif sur le plan économique.

D'autre part, la hausse spectaculaire des frais liés aux soins depuis quelques années prend des dimensions très sérieuses auprès des financeurs du secteur de santé. Ceci est dû en partie à l'introduction des technologies médicales de pointe et aux mauvaises utilisations de ces ressources par les acteurs de santé ce qui constitue des dépenses et des charges inutiles. Ces facteurs mènent ces mêmes acteurs à l'obligation d'introduire des procédés de gouvernance dans le secteur. Ceci dit, une bonne gestion et une rationalisation au niveau de l'utilisation des ressources de production des soins ne passe pas forcément par l'introduction des techniques les plus coûteuses mais plutôt par une bonne gestion de la masse d'investissement injecté dans le secteur. La qualité et la non qualité ne sont pas nécessairement tributaires des financements.

Un troisième niveau de l'aspect économique auprès du patient passe par le souhait des clients de voir les coûts des soins qu'ils assument personnellement diminuer tout en gardant la même qualité sinon meilleure. Par contre, ces coûts, qui ne cessent d'augmenter conjointement avec un pouvoir d'achat en chute libre, dégradent l'importance des dépenses de services de soins auprès des ménages. Ces attentes paraissent légitimes et logiques à la fois, d'où la nécessité pour les décideurs du secteur de la santé d'y répondre sérieusement et d'analyser les goulots d'étranglements au niveau de la performance hospitalière.

Enfin, au niveau politique, la question de la performance relève des défis posés par la modernisation de l'Etat et de répondre au mieux aux attentes des usagers toujours en quête d'amélioration, de services rendus par les structures publiques reconnues lentes, coûteuses et de mauvaise qualité.

En se référant au rapport de Grémion.C, Fraisse.R,<sup>23</sup> « *le service public en recherche : Quelle modernisation ?* », Les auteurs évoquent trois niveaux d'emploi du concept de la performance. Ce concept fait référence à :

- « La mise à jour des retards pris par l'organisation publique » ;
- « La volonté de s'adapter à la modernité » ;
- « L'adoption de comportements modernes » telles des mesures de bonnes gouvernances.

Après un aperçu du concept de la performance, la partie suivante expose les différentes dimensions que revêt la performance des systèmes de santé dans une approche organisationnelle de l'hôpital public.

### **2.3 Les dimensions de la performance hospitalière.**

Pourquoi parle-t-on de dimensions de la performance ? Pour répondre à cette question, nous analysons en premier lieu les différentes théories de la performance hospitalière selon différents auteurs. Ces auteurs évoquent des composantes où l'étendue de la performance touche certains aspects et néglige d'autres.

De ce fait et en parcourant la revue de littérature sur cette question, il en ressort des modèles unidimensionnels et d'autres multidimensionnels. Nous essayerons de les exposer dans les prochaines sous paragraphes.

#### **2.3.1 Modèles unidimensionnels de la performance hospitalière**

Selon la revue de la littérature, on reidentifie quatre types de modèles de performance hospitalière dont le modèle des objectifs rationnels, des ressources, des relations humaines, des processus.

- Modèles des objectifs rationnels :

Plusieurs auteurs s'inscrivent dans l'adoption de ce modèle dont, Price, Sherman, Magnussen, Charnes, et Cooper, Shortel et al.). Puisque selon ce modèle, l'organisation doit réaliser des objectifs spécifiques et se concentrer sur la production de soins d'où cet intitulé de rationalité de produire le maximum au moindre coût et de même qu'il nous rappelle le modèle de l'efficience économique

---

<sup>23</sup> Cité par Alice Teil, Op.cit. « Les services publics en recherche : Quelle modernisation ? » La documentation française, 1996.

(analyse, coût, efficacité), où Evans<sup>24</sup> assimile la performance à la fonction d'efficacité c'est-à-dire à l'efficacité technique qui est de produire à moindre coût.

Ce modèle propose une définition de la performance se basant sur la recherche de l'optimum proposé par Paréto<sup>25</sup> et celle du benchmarking furent la comparaison à une moyenne ou à un ensemble d'établissements. Ce modèle utilise des indicateurs de performance essentiellement, posés sur l'efficacité productive telles que la mesure du temps de travail des praticiens du nombre de lits et du nombre de journées d'hospitalisations et des admissions dans un hôpital.

Ce modèle présente certaines lacunes telle la négligence des paramètres qualitatifs et ne prend en compte que des données mesurables, ce qui constitue une minimisation des dimensions de l'activité de l'hôpital.

- Modèles des ressources.

Ce modèle est illustré par plusieurs chercheurs tels que (Moidson et Tonneau ; Durant, Grant<sup>26</sup>, Barney, Cohen et Levinthal). Ce modèle s'intéresse aux capacités d'une organisation à se doter des moyens nécessaires à son bon fonctionnement tels le recrutement, le financement ou la gestion des compétences. Pour ce modèle, le critère de performance utilisé étant l'énumération des ressources utilisées et par conséquent ce modèle analyse les capacités et non les réalisations. De ce fait, ce modèle insiste sur l'accroissement de ressources pour une meilleure qualité de soins et à l'augmentation des ressources en vue d'assurer la pérennité de l'organisation et ceci par l'amélioration de la performance ou de la rentabilité financière s'il s'agit d'un établissement à but lucratif.

L'appréciation de la performance se mesure par le nombre et la qualité des ressources utilisées telles que les équipements utilisés en termes de nombre disponible et fonctionnel et les potentiels humains nécessaires et disponibles dans le temps et dans l'espace pour assumer la mission de prise en charge hospitalière.

- Modèles des relations humaines.

Ce modèle a été l'œuvre de plusieurs chercheurs tels que Bettignes et Bennis<sup>27</sup>. Pour eux, l'organisation est conçue comme un milieu de coalitions divers d'ordres politiques ou autres. Elle se

---

<sup>24</sup> EVANS.D.B et Al. « *The comparative Efficiency of National health systems in producing health: an analysis, of 191 countries* », GPE discussion paper, N°29, World Health Organization.

<sup>25</sup> « Économiste et sociologue italien 1848-1923 il a formulé une théorie de l'optimum économique mettant l'accent sur sa relativité dans un système de libre concurrence... », Le Petit Robert des noms propres, 2006 p.1638.

<sup>26</sup> GRANT.R.M, « *The Resource-based Theory of Competitive Advantage: Implication for Strategy, reformulation* », California Management Review, spring 1991, pp.114- 135.

<sup>27</sup> BENNIS.W.G., C. GUERRIN, H.C DE BETTIGNES, « *Le développement des organisations : sa pratique, ses perspectives et ses problèmes* », Dalloz, 1975, p.100.

concentre sur des objectifs de satisfaction des besoins et des parties prenantes afin de réussir les activités mises en œuvre.

En effet, la performance est perçue par ces chercheurs et citée par Wajdi Ben Rejeb (2003) dans son mémoire de diplôme d'études approfondies comme un signe de « santé interne » où les valeurs morales, le climat social, les conflits et le développement humain sont considérés. Les indicateurs mentionnés par ces chercheurs se rapportent au climat social et à l'organisation de travail visant la satisfaction de toutes les parties. Ces indicateurs sont le taux d'absentéisme et le nombre d'accidents de travail, le nombre de réclamations internes et externes et le taux de rotation du personnel, du fait la valeur ajoutée en termes de performance se situe au niveau des efforts déployés pour assurer le bon fonctionnement de l'établissement et du maintien des valeurs fondamentales du personnel. Du fait une jonction entre les objectifs économiques et sociaux bien que ces derniers évoquent beaucoup de polémiques suite aux difficultés d'entamer des changements d'ordre social dans le secteur hospitalier compte tenu du poids du pouvoir des praticiens et des techniciens entre eux.

- Modèles des processus internes.

D'autres chercheurs ont marqué ce modèle par leurs apports, citons (Pascal, David, Alisson). Cette méthode prime une performance par les processus qui respectent des normes bien définies, par conséquent, ce qui importe est essentiellement le processus ou la manière d'exécution de l'activité. Cette manière est caractérisée par l'obligation des moyens au niveau des établissements de soins.

S. Shortell<sup>28</sup> a élaboré des études sur la performance des hôpitaux aux Etats-Unis, qui mettent l'accent sur le rôle du management hospitalier ou les pratiques de gestion. Il a pu ressortir cinq critères de performance qui sont : le taux de mortalité, la durée moyenne de séjour, la qualité technique des soins, degré de satisfaction des attentes et le taux de rotation des postes de soins infirmier.

Les indicateurs de performance identifiés par les chercheurs concernés tournent autour de l'importance de coordonner l'information au sein de l'institution, de la masse informationnelle et de sa validité pour une bonne prise de décision. Ceci constitue une pierre angulaire pour la réussite au niveau des institutions bureaucratiques de forte présence dans nos pays en développement d'où le problème de la responsabilité liée à la décision évoquée par Alice Teil dans sa thèse précitée.

Ces différents modèles présentés évoquent des approches qui utilisent une seule dimension de la performance synthétisée dans un tableau élaboré par Alice Teil dans la référence précitée et qui figure en annexe 2.

---

<sup>28</sup> S. SHORTELL et al, "The Performance of Intensive Care Units: Does Good Management make a Difference? ", *Médical Care*, Vol.32, N°5,1994, pp. 508-525.

### 2.3.2 Modèles multidimensionnels ou combinatoires de la performance hospitalière.

Les modèles multidimensionnels de la performance hospitalière se présentent suivant trois (3) types, à savoir :

- Modèle fondé sur la théorie de l'action sociale de PARSON ;
- Travaux de G.Dussault ;
- Les qualités globales chez A .Donadebian ;
- Modèle fondé sur la théorie de l'action sociale de PARSON :

Des travaux de recherche menés par Sicotte et al. <sup>29</sup> se réfèrent à des études américaines sur la performance des organisations qui se différencient des modèles unidimensionnels basés sur les performances économiques d'où l'intérêt de s'intéresser à des études qui essaient d'associer et de combiner plusieurs caractéristiques et composantes ayant trait à l'organisation des soins et de l'entreprise dans un objectif d'améliorer la performance des hôpitaux. De ceci, Sicotte et al. Trouvent de l'intérêt dans la théorie du système social ou de l'action sociale de PARSON <sup>30</sup> .

En effet, PARSON met en exergue quatre (04) fonctions essentielles du système social afin de garantir sa pérennité, puisque le système social doit d'abord être orienté par des missions et garantir des liens avec l'environnement afin de saisir des ressources et pouvoir les transformer, d'intégrer des processus internes pour aboutir à une meilleure production et enfin, d'accompagner les autres fonctions par une panoplie de valeurs.

Des fonctions sont essentielles et vitales selon Parson pour toute organisation, ces fonctions sont : La fonction d'atteinte des buts, d'adaptation à l'environnement, de production, et de maintien de valeurs. C'est une façon d'imposer une sorte d'équilibre résultant des interactions entre les différentes fonctions

Teil dans sa thèse stipule que :

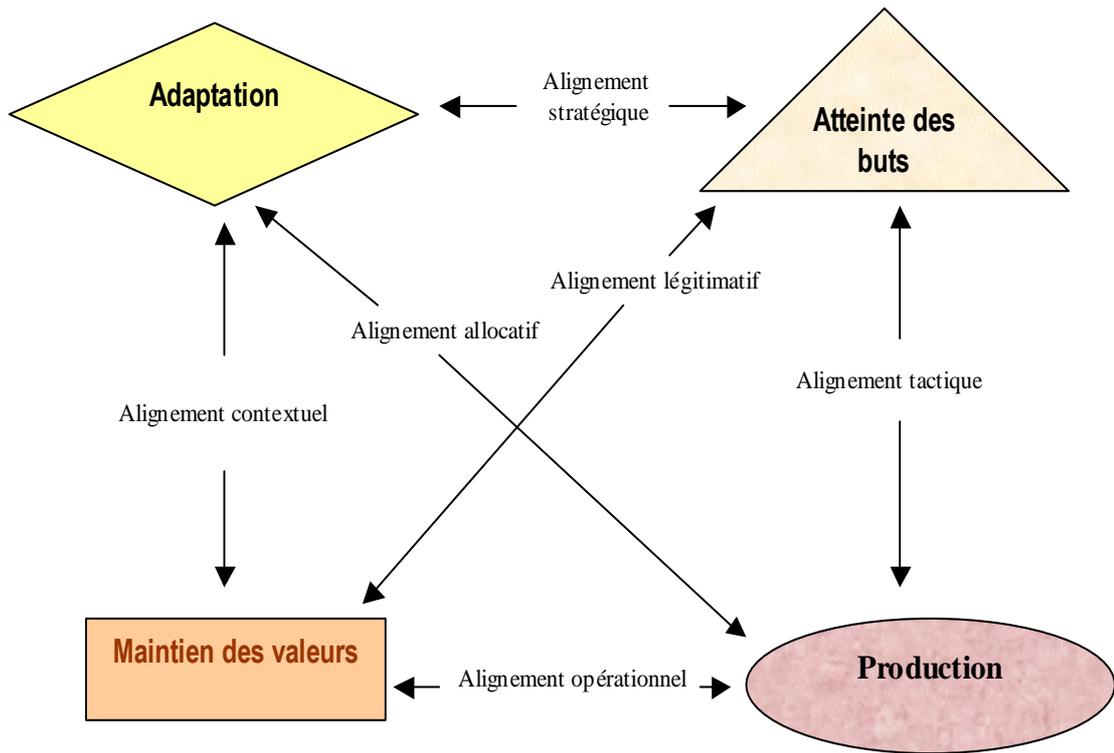
L'équilibre résulte de la pertinence de chacune des fonctions par rapport aux missions de l'organisation et de la cohérence d'ensemble de ces fonctions. Par exemple, le choix des buts de l'organisation conditionne les mécanismes de mise en œuvre et de contrôle de la fonction de production. En retour, la fonction de production agit par ses impératifs et résultats sur le choix des buts de l'organisation. L'Organisation est caractérisée par chaque dimension et par les interactions entre ces dimensions qualifiées d'alignement ( 2003, p 123 ).

---

<sup>29</sup> SICOTTE.C, CHAMPAGNE.F, CONTANDRIOPOULOS A.-P.et coll, "A conceptual Framework For the Analysis of Health Care organisations' Performance" Health Services Management Research,N° 11, 1998,P.24 – 48.

<sup>30</sup> PARSON.T, The social Systems, free Press, 1951, 575 P, référence cité par Alice Teil OP.cit.

Figure 4 : Modèle de performance organisationnelle



Source : Teil.Alice Op.cit, 2003.

Tableau 4 : Critères d'appréciation de la performance de l'organisation (SICOTTE et al.)

Alignements entre fonctions	Fonctions de l'organisation	Critères de performance
<b>Pertinence</b>	Fonction d'adaptation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacité à acquérir des ressources</li> <li>▪ Capacité à être présent sur le marché</li> <li>▪ Capacité d'innovation et d'apprentissage</li> <li>▪ Capacité à mobiliser ses ressources</li> <li>▪ Capacité à répondre aux besoins de la population</li> </ul>
<b>Opportunité</b>	Fonction d'atteinte des buts	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Efficacité</li> <li>▪ Efficience</li> <li>▪ Satisfaction des stakeholders</li> </ul>
<b>Impact</b>	Fonction de production	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le volume de production</li> <li>▪ La coordination des facteurs de production</li> <li>▪ La productivité</li> </ul>
<b>Congruence</b>	Fonction de maintien des valeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualité des soins : humanisation, accessibilité, continuité, qualité technique appropriée, satisfaction du patient</li> <li>▪ Consensus interne sur les valeurs fondamentales</li> <li>▪ Climat de collaboration</li> </ul>

Source : TEIL.Alice Op.cit, 2003.

De plus, ces fonctions seront évaluées selon Sicotte et al. Connu à travers les éléments comme la pertinence, l'opportunité, l'impact et la congruence. Le tableau suivant démontre bien les critères d'appréciation de la performance d'une organisation.

Ce modèle a le mérite de réunir les différents modèles qualifiés unidimensionnels autour de la performance hospitalière et de proposer un modèle intégrateur où plusieurs critères de performances ont été pris en compte et de proposer une grille de lecture de la performance. Par contre l'apport opérationnel de ce modèle reste limité.

- Travaux de G.Dussault :

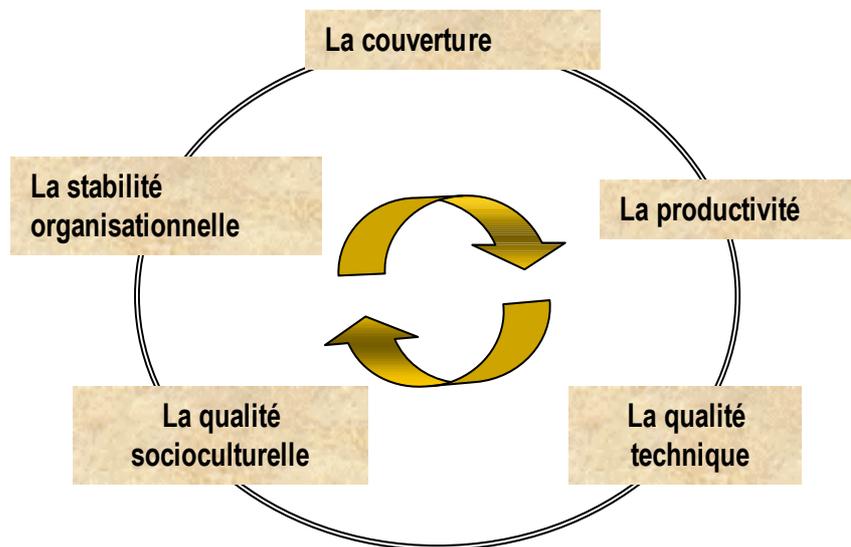
Selon ses travaux, l'organisation hospitalière est celle où l'amélioration continue de la qualité, l'efficience et l'accessibilité aux services de soins sont garanties.

Les dimensions de la performance hospitalière concernent :

- La couverture, c'est une bonne réponse aux besoins d'une population en favorisant une répartition du personnel de façon équitable et concordant avec les besoins réels ;

- La productivité, c'est l'output du système caractérisé par un ensemble d'activités (nombre de consultations, de journées d'hospitalisations, nombre d'actes chirurgicaux) ;
- La qualité technique, c'est les efforts déployés pour satisfaire au mieux les objectifs visés ;
- La qualité socioculturelle, ceci concerne la satisfaction des besoins d'une population et réalisant avec le maximum de réussites concordantes avec leurs attentes ;
- La stabilité organisationnelle, c'est l'étude du degré d'adaptabilité des ressources aux efforts de maintien de la viabilité de l'institution et d'assurer les changements.

Figure 5 : Les dimensions de la performance chez G .DUSSAULT



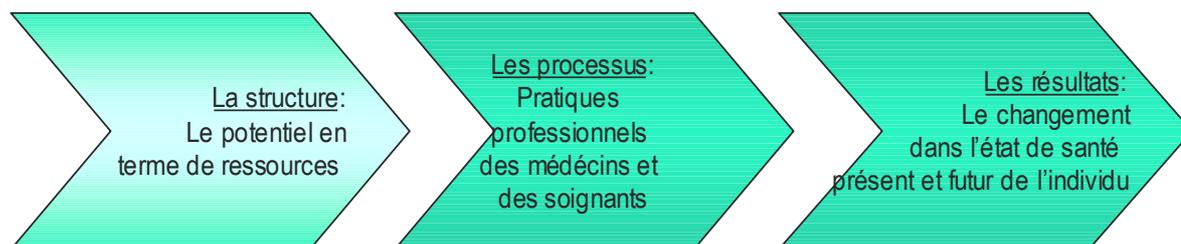
Source : MEDIMAGH. M inspiré du modèle G.DUSSAULT.

- La qualité globale chez A.Donabedian :

Cet auteur a concentré ses travaux sur la définition des dimensions de la qualité des soins qui est partagée selon lui entre deux composantes : l'une technique où il a lieu d'associer la technologie avec les sciences médicales et une autre interpersonnelle où il s'agit d'associer des valeurs de l'institution avec celles propres à chaque individu.

Donabedian classe les critères de qualité dans un hôpital dans trois axes majeurs. La figure suivante illustre ce classement :

Figure 6 : Les critères de qualité chez Donabedian.



Source : MEDIMAGH.M, Figure inspirée des critères de qualité décrite par Wajdi BEN REJEB Op.cité.

L'une des constatations importantes soulevées par Donabedian est qu'il faut apprécier la performance différemment selon qu'il s'agit des performances individuelles, collectives ou organisationnelles.

Tableau 5 : Synthèse des modèles de performance multidimensionnelle

Types de modèles	Modèle de A. Donabedian	Modèle de Sicotte et al.	Modèle de Dussault
Angle d'analyse de la performance	Performance globale	Performance organisationnelle	Performance organisationnelle
Critères de la performance	Structure - Processus - Résultats comme paramètres de la qualité des soins.	Alignement de quatre fonctions de l'organisation (Fonction d'adaptation, Fonction d'atteinte des buts, Fonction de production, Fonction de maintien des valeurs)	Dimension économique, humaine, sociale, productive.
Evaluation de la performance	Indicateurs de cohérence, de pertinence, d'a propos, d'objectivité, de spécificité, de variabilité.	Des critères de performance sont définis pour chacune des fonctions et pour l'alignement des fonctions entre elles.	Des critères sont définis pour la performance organisationnelle.
Résultats importants	Non universalité des critères et prise en compte de trois niveaux de la performance (individuelle, organisationnelle et collective)	Grille de lecture de la performance organisationnelle.	Mise en évidence d'une logique de performance dépendante de trois axes :la qualité, l'efficience et l'accessibilité

Source : TEIL.A, thèse défi de la performance, 2003, P.223.

Les modèles cités insistent sur la non universalité des critères de la performance et de leurs indicateurs. Quant au Groupe de la GRIS adoptant le modèle de Sicotte, il insiste sur le rôle organisationnel pour la réussite du modèle. A. Donabedian distingue les dimensions individuelles, de celles collectives ou organisationnelles. Par contre les modèles de Dussault excluent les performances individuelles du champ de corrélation avec la performance globale.

Finalement, ces modèles appréhendent la performance au vue des critères de performance et aux objectifs de l'organisation que ce soit pour atteindre des résultats économiques, médicaux et scientifiques ou de satisfactions des usagers et ayants droits alors que la performance en globalité se présente comme la souligne Teil « *un différentiel entre un référentiel et une représentation du réalisé* »<sup>31</sup> . C'est dans ce cadre que s'introduit le modèle EGIPSS « *Evaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Services de Santé* » objet d'analyse rapprochée de mon thème de mémoire et où une expérience de transposition se réalise en Tunisie dans le cadre de l'étude de la performance des hôpitaux publics. Ces éléments d'analyses seront exposés au chapitre suivant.

---

<sup>31</sup> TEIL. A, OP.cit, P.230.

## CHAPITRE III

### APPROCHES METHODOLOGIQUES DU MODELE EGIPSS : VERS UNE EVALUATION GLOBALE ET INTEGREE DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE

Le cadre du stage professionnel se présente ainsi : Il est inscrit au programme de master en développement de l'université Senghor d'Alexandrie, effectué à l'Unité de Santé Internationale (USI) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et au DASUM (Département de l'administration de la santé à l'Université de Montréal). Ce stage constitue une occasion unique de se rapprocher du modèle d'analyse de la performance élaboré par le GRIS (Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé), ce modèle porte l'intitulé d'EGIPSS « Evaluation Globale et Intégrée de la Performance des systèmes de santé »

#### 3.1 Pourquoi une analyse du modèle EGIPSS particulièrement ?

En effet, le choix de l'étude du modèle EGIPSS expose l'un des apports des modèles appliqués en matière d'analyse de la performance hospitalière et inspirée de tous les autres modèles cités au chapitre deux. Il est aussi le modèle choisi par la Banque Mondiale qui a accordé un don pour le projet d'analyse de la performance hospitalière.

Un deuxième argument remonte à une recherche d'un système d'analyse de la performance qui répond à un nombre exhaustif de questions contournant les problèmes de santé et les préoccupations des hôpitaux.

Le modèle suivant analyse les aspects internes de la performance organisationnelle tout en tenant compte des aspects externes qui admettent différents acteurs du système de santé. Il s'agit de l'approche la plus globale et la plus intégratrice possible selon les citations de « l'Etude diagnostique : Performance des établissements publics de santé en Tunisie »<sup>32</sup> ;

Rappelons, que la performance, est un concept très large dont les références littéraires le définissent différemment.

S'appuyant sur la théorie de l'action sociale ou de système social, SICOTTE, CHAMPAGNE et CONTANDRIOPOULOS (2003), insistent sur les quatre fonctions de l'organisation pour assurer un développement sain dans son propre environnement. Ces fonctions concernent :

- L'atteinte des buts en se souciant aux mesures d'efficience, d'efficacité, et d'efficiences ;
- L'adaptation à l'environnement pour acquérir des ressources et ce, à travers la capacité des ressources à l'adaptation vers les besoins de la population.

---

<sup>32</sup> Rapport rédigé par une équipe d'experts de l'unité de santé internationale de l'université de Montréal et d'experts associés, septembre 2009.

- La capacité d'attraction de clientèles, et la mobilisation de la communauté et enfin les habilités à la transformation et à l'innovation.
- Optimiser les processus de la production (concernent la productivité et la qualité).

Le modèle EGIPSS répond à plusieurs questions. Il revêt un caractère pluridimensionnel et répond à des questions (Sur quoi doit-on agir ? ; Que faut-il pour agir ? ; Où est ce qu'on veut aller ?) telles que citées dans le tableau suivant par ALBERT.L et CHAMPAGNE.F (2007) :

Tableau 6 : Modèle logique d'amélioration de la performance.

On doit agir à la fois sur	Pour cela il faut que	On veut que
<p>La <b>stratégie</b> : en facilitant le choix de priorités.</p> <p>La <b>culture</b> : En mettant de l'avant des valeurs de qualité et d'amélioration.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptabilité et flexibilité</li> <li>- Apprentissage individuel et collectif</li> <li>- Responsabilité collective</li> <li>- Confiance</li> </ul> <p>La <b>structure</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation</li> <li>- Partage de l'information</li> <li>- Formation et habilitation</li> <li>- Décentralisation</li> </ul> <p>La <b>technologie</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efficience des interventions cliniques</li> <li>- Information utile, courante et à laquelle on peut donner un sens.</li> </ul>	<p>Les <b>décisions</b> reposent sur l'information, l'évidence et les connaissances.</p> <p>Les <b>praticiens</b> soient en mesure de modifier leurs pratiques en fonction des résultats de l'évaluation.</p>	<p>Les <b>soins</b> soient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efficaces</li> <li>- Sécuritaires</li> <li>- De bonne qualité</li> <li>- Efficients</li> <li>- Equitables</li> </ul> <p>Les <b>employés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soient satisfaits de leurs conditions et milieux de travail</li> </ul> <p>L'<b>organisation</b> soit apprenante engagée dans l'amélioration continue de sa performance</p> <p>Le <b>milieu</b> soit enrichi, permet de créer un capital social.</p>

Source : ALBERT, CHAMPAGNE, La performance des établissements publics de soins, Présentation au groupe de suivi et au groupe technique, Tunis, le 13 mars 2008.

C'est dans ce contexte que mon stage a constitué une occasion pour comprendre et se familiariser avec des concepts et processus utilisés au niveau du département de l'administration de la santé de

l'Université de Montréal et précisément au niveau du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé de l'Université de Montréal (GRIS) dans le cadre de l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Des lectures quotidiennes ont meublé les activités de ce stage dans sa première partie. Ainsi, des rencontres d'explication et de mise en contact avec des professionnels et les acteurs clés du GRIS ont été organisés afin de se rapprocher de la réalité des études menées par cette structure universitaire de recherche.

De même, des rencontres et des échanges de correspondances et des conférences téléphoniques périodiques ont été menés avec l'Unité de santé internationale pour se positionner par rapport au thème de mon étude et aux activités prévues dans le cadre de l'étude diagnostique sur la performance des hôpitaux publics en Tunisie.

Une journée d'étude sur la performance hospitalière a été programmée au sein de l'hôpital Sainte Justine de Montréal où la problématique de la performance hospitalière et des modalités de son évaluation à été à l'ordre du jour, ainsi que les démarches entreprises par ce CHU afin d'étudier les axes de performance et les moyens d'action pour les promouvoir.

Cette journée m'a permis d'ouvrir la voie vers la programmation d'une série de visites et rencontres avec les responsables administratifs et médicaux de cette structure pour comprendre l'organisation de l'hôpital ainsi que les démarches entreprises pour la mise en place des programmes de suivi et d'amélioration de la performance hospitalière. Et de la même, c'est une occasion pour alimenter mes ressources documentaires sur le thème.

Finalement, des rencontres similaires ont été organisées lors de journées de visites programmées spécialement pendant les deux dernières semaines du stage à l'Agence de Santé et des Services Sociaux de Montérégie (La rive sud de l'île de Montréal). Elles concernaient également des structures de soins et de services sociaux y référant dans la région spécialement au centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher et à l'hôpital Charles le Moyne ( Centre affilié universitaire et régional de la région de la Montérégie).

Ces rencontres, en plus de leur caractère descriptif, ont permis de dévoiler les démarches organisationnelles et gestionnaires en matière de performance hospitalière.

Du fait, ma visite au niveau de l'agence a été marquée par une série de rencontres. Commençons par le Directeur de l'Agence qui m'a fourni une large description de système de financement de l'agence et les liens fonctionnels et hiérarchiques avec le Ministère de la Santé ainsi que les modalités de distribution des budgets alloués aux différentes structures se référant à l'agence et répondant aux objectifs de performances dictés par le Ministère de la santé du Québec.

Ceci étant, une série de rencontres a été effectuée avec les responsables du dossier performance au niveau de l'agence et les démarches entreprises à un niveau individuel sous forme d'initiatives propres. Ceci est afin de concevoir des mécanismes de suivi de la performance hospitalière ainsi que celles qui ont bénéficié de l'intervention de l'Unité de Santé Internationale et de l'équipe de GRIS au niveau de l'Université de Montréal. Dans l'objectif de transposer le Modèle EGIPSS au niveau de l'Agence. Ce

modèle, qui se veut intégrateur, conçoit la performance organisationnelle comme étant un construit multidimensionnel se référant à un jugement élaboré à travers l'interaction entre les parties prenantes sur les qualités essentielles et spécifiques caractérisant la valeur relative de l'organisation.

D'autres rencontres, de même ordre au niveau de l'hôpital Pierre Boucher ont permis de voir de près les démarches de négociation budgétaires et les problématiques reliées à l'activation ou la fermeture d'unités de soins et se rapportant à des fins de performance et d'efficacité. Elles ont permis tout au long de ma présence d'une journée, à des travaux de négociations budgétaires avec les représentants de l'agence et les différents responsables directeurs de programmes hospitaliers où la question de la performance des unités exécutant ces programmes est fréquemment citée c'est à dire l'importance de la gouvernance hospitalière sur la base d'une performance de haut niveau sur tous les plans.

Il est à préciser qu'une formation en gestion de projet et planification a complété mon passage dans le cadre du stage. Cette formation, menée et préparée par mon directeur de stage, M. Lucien ALBERT, du 02 au 20 juin dispensé en forme de module dans le cadre des études de maîtrise (mastère en administration de la santé), a été l'occasion moi de me procurer une formation qui concorde avec la spécialité de mon master. Elle m'a permis de m'arrêter sur les fondements théoriques et pratiques de la performance et la gestion des projets transposés au contexte hospitaliers ; du fait, des études de cas se rapportant au contexte de gestion de projets hospitalier et de planification ont figuré parmi les points forts de cette formation d'où l'étude de cas du problème de rétention du personnel infirmier au CHU Sainte Justine.

Problème qui se positionne à une échelle élargie au Québec et qui influe considérablement la performance au sens large et la dimension maintien des valeurs selon le modèle EGIPSS.

L'élément le plus marquant au niveau de mon stage est sans équivoque l'assistance et la contribution à un projet financé par la Banque Mondiale pour l'étude de la performance des hôpitaux publics en Tunisie et dont l'unité de santé internationale ainsi que l'université de Montréal constituent les maîtres d'œuvre.

Ce projet a pour objectif de faire ressortir les enjeux et problèmes dont font face actuellement les établissements publics de soins en Tunisie et de mener une réflexion et des discussions sur les pistes d'amélioration de leur performance.

Mon rôle étant de collaborer au niveau de l'analyse des données rattachée à la partie étude de diagnostic du système de santé après avoir reçu les données déjà collectées par les collaborateurs externes sur le terrain et des données traitées sur des logiciels tel que SPSS.

Ce travail a été effectué, dans sa partie analyse, du mois de mai au mois de juin et livré en fin du mois de juin aux différents décideurs et intervenants entre autres tunisiens afin de formuler leurs remarques et observations pour qu'elles puissent être présentes et discutées le 25 et 26 août 2008 au ministère de la santé de Tunisie. Lors de ces journées, ces mêmes personnes précitées, ainsi que moi-même, étions présents lors d'une réunion de haut niveau sous le patronage du ministre de la santé et de la secrétaire d'Etat pour discuter des deux rapports préliminaires, l'un se rapportant à la partie diagnostique, et

l'autre sur l'étude des coûts hospitaliers et d'analyse de la performance. Ces réunions ont abouti à un accord préliminaire de financement par la Banque Mondiale pour poursuivre ces travaux avec des approfondissements au niveau de l'analyse et l'élaboration des rapports définitifs sous l'angle de certaines recommandations formulées sous commun accord entre les différentes parties présentes lors de ces deux journées de rencontres.

### **3.2 Contexte référentiel de l'étude de la performance des hôpitaux publics en Tunisie**

Dans le cadre de l'appui de la Banque Mondiale à la Tunisie, il est question d'étudier les enjeux et les problématiques dont font face les établissements publics de soins. Étudier le niveau de la performance permet de fournir des éléments de discussion pour des transformations souhaitables.

L'Unité de Santé Internationale (USI) a adressé une lettre de soumission à l'intention de la banque Mondiale en date de 18 février 2008, comportant une proposition technique, les références du consultant, les observations et suggestions du consultant sur les termes de référence et sur les données, ainsi que les services et installations devant être fournis par le client.

Cette proposition contient aussi la méthodologie, la composition de l'équipe, un curriculum vitae des membres de l'équipe, le calendrier des experts et enfin un calendrier d'intervention.

En effet, l'USI, lieu de stage, possède à son actif plusieurs missions et projets se rapportant au secteur de la santé tels que « le Projet de financement et de gestion du secteur santé au Maroc, et une étude sur les coûts de santé en Algérie ».

Au niveau de la méthodologie il s'agit de se référer au contexte de santé en Tunisie. L'USI, qui se base sur des données de la santé en Tunisie, a pu élaborer une méthodologie appropriée pour bien mener sa mission.

Le positionnement de la Tunisie sur le plan des budgets investis dans la santé est nettement favorable en comparaison avec les pays avoisinants et d'Afrique. Elle se classe 4<sup>ème</sup> sur le continent avec 409 dollars par habitant (PNUD 2003).<sup>33</sup>

Des changements au niveau épidémiologique ainsi que démographique posent de nouveaux défis pour le système de santé en Tunisie. Le taux de croissance démographique et le taux de fécondité en décroissement, un taux de vieillissement en accroissement, ces éléments conduisent la question du financement du système de santé et sa performance à la nécessité d'entamer une analyse prospective profonde.

Le système fournit un service de soins caractérisé par une forte présence du secteur public avec 88% de lits hospitaliers sur trois niveaux de santé répartis selon des lignes hospitalières de premier deuxième et troisième niveau. Les deux premières consomment le quart du budget du ministère de la santé publique (MSP) alors que leurs activités restent faibles, de même que leur capacité d'accueil. De

---

<sup>33</sup> « *Palmarès des pays africains*, La Tunisie 4<sup>ème</sup> au classement général », référencié dans la revue Jeune Afrique, [www.webmanagercenter.com](http://www.webmanagercenter.com) - 14 mai 2007 site consulté le 18 février 2009.

plus, des écarts considérables ont été démontrés lors des études de coûts menées par le MSP au niveau des actes de soins dans un même hôpital et entre différents hôpitaux de même catégorie.

Bien que les dépenses de santé aient augmenté de 4,2% en 1990 à 6% en 2004<sup>34</sup>, de nombreux défis s'imposent sur le système de santé tels que :

- L'augmentation de l'équité en terme de développement de la couverture de l'assurance santé et la réduction de la charge de maladie des secteurs plus démunis.
- L'amélioration de la qualité de services et la garantie de la qualité des soins.
- L'amélioration de la gestion du système de santé et de l'environnement de régulation, en particulier par rapport aux fonctions d'assurance.<sup>35</sup>

En conséquence, plusieurs contraintes d'ordre démographique et épidémiologique s'imposent et influencent les dépenses de santé qui sont en perpétuelle augmentation.

En effet, le choix du sujet de stage ainsi que le lieu me paraît très pertinent puisque le sujet de la performance hospitalière est un sujet très opportun et qui s'impose plus que jamais sous-entendu que la Tunisie est actuellement en quête d'un système de santé performant et concordant avec les objectifs de la réforme hospitalière entamée depuis 1996.

La nécessité d'améliorer la performance est accentuée avec l'introduction du tout nouveau projet de réforme d'assurance maladie et la création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et sa nouvelle structure et organisation très ouverte à des objectifs ambitieux pour un meilleur service au citoyen et une qualité des structures de santé.

Pour répondre à ces défis, le ministère de la santé a engagé des auditeurs externes pour diagnostiquer et évaluer son système de santé, à travers un petit échantillon de structures de soins, d'où le recours au service de l'USI par l'intermédiaire de la Banque Mondiale sous forme d'appel d'offre international.

Ma présence pendant ce «chantier» de travail s'avère très fructueux puisqu'il m'a permis d'être à deux niveaux ; d'une structure objet d'évaluation et d'une autre structure qui mène l'évaluation. Cette opportunité m'a permis de voir les deux facettes au niveau de mon projet professionnel qui reflétera au niveau de mon mémoire puisque j'essaierai de poser les fondements théoriques du modèle élaboré et développé par l'Université de Montréal et du GRIS. Cela nous permettra de mieux cerner le rôle de l'USI en tant que promoteur du modèle, et d'en démontrer ses particularités, ses avantages et son caractère intégral pour l'évaluation de la performance d'un système de santé.

Cette analyse permettra plus tard de fournir aux décideurs de notre système de santé tunisien, un document de référence qui reflétera le contexte d'évaluation du système de santé et montrera, avec

---

<sup>34</sup> Source : MSP (Ministère de la santé publique)

<sup>35</sup> ALBERT.L et a., « *Etude diagnostique : performance des établissements publics de santé en Tunisie* », USI, septembre 2008.

une orientation critique, les avantages de l'application du modèle étudié au service d'une bonne évaluation du système de santé tunisien et d'une bonne amélioration de la performance hospitalière.

### **3.3 Méthodologie employée.**

Il s'agit de poser la méthodologie employée au niveau de l'étude. Cette étude a adopté une approche dite quasi-expérimentale, n'ayant pas recours à un groupe témoin. En effet, dans cette approche il est question d'étudier les modalités de prise en charge hospitalière en termes de qualité et de coût des soins et d'analyser leur variabilité et ce, pour certains cas étudiés dans des milieux hospitaliers différents.

Il s'agit de mettre en œuvre et de faire circuler des questionnaires s'adressant aux administrés, aux cadres supérieurs et intermédiaires et aux professionnels dans les quatre hôpitaux choisis comme sujet d'études (CHU SAHLOUL de Sousse, Chu Monji Slim de la Marsa<sup>36</sup>, Hôpital régional de Menzel BOURGUIBA<sup>37</sup>, Hôpital de circonscription de Ras el Djebel <sup>38</sup>). En effet il s'agit de poser des questions aux administrés autour des quatre fonctions du modèle à savoir : l'adaptation à l'environnement, le climat et la culture, la production et la rationalité. 51 questions ont été posées dont 3 questions touchant l'efficacité, l'efficience et la satisfaction concernent la fonction de rationalité.

Un deuxième questionnaire a été adressé aux patients et aux employés et est subdivisé en deux sous questionnaires : la première concerne l'hospitalisation comportant l'identification du patient, un historique de la maladie, et l'évaluation des conditions d'hospitalisation et des soins

Le deuxième sous questionnaire traite les consultations externes contenant une fiche d'identification et dix (10) questions.

Le troisième questionnaire concerne les services des urgences contenant une fiche d'identification et 11 questions.

Venons au quatrième sous questionnaire qui concerne le personnel. Il s'agit d'interroger vingt-quatre (24) questions de satisfaction générale et 10 questions sur la situation actuelle de l'hôpital et six (06) questions sur le système de santé en Tunisie<sup>39</sup>.

Le tableau suivant, énoncé dans les annexes de l'étude de diagnostic de la performance des établissements de santé en Tunisie, présente des détails de la distribution des sources de données par dimensions et sous-dimensions de la performance.

---

<sup>36</sup> CHU du banlieu Nord de Tunis desservant une population de deux gouvernerats du Grand Tunis.

<sup>37</sup> Hôpital régional d'une ville à 60 km au Nord de Tunis.

<sup>38</sup> Hôpital de circonscription, dans un village côtier à une centaine de km au Nord Est de Tunis

<sup>39</sup> Voir annexe 1 relatif aux questionnaires administrés aux patients et aux personnels.

Tableau 7 : Détails de la distribution des sources de données par dimensions et sous-dimensions de la performance

Méthodes de l'étude diagnostique

5 sources de données font figure sont :

- Entrevues auprès des DG/PDG, cadres Intermédiaires, MD et infirmiers (E)
- Indicateurs compilés à partir de données actuellement disponibles (I)
- Questionnaire auprès des patients (Q)
- Questionnaire auprès du personnel (Q)
- Études de dossiers pour cas traceurs (T)

Dimensions	Pratiques prédictives de gestion	Indicateurs de performance
<b>Adaptation</b>		
Acquisition des ressources	E	E+
Adaptation aux besoins	E	E+
Capacité d'attraction	E	E+
Mobilisation communauté	E	E+
Intégration systémique	E	E+
Capacité d'innover et de se transformer	E	E+
<b>Culture et valeurs</b>		
▪ Préoccupation pour la santé des travailleurs	E	
▪ Satisfaction des conditions de travail		Qe
<b>Climat organisationnel</b>		Qe+i
▪ Santé des travailleurs		Qe+i
▪ Consensus sur les valeurs : Promotion de la santé, qualité et sécurité, humanisme, équité,	E	Qe
<b>Résultats</b>		
Efficacité	E	Q

Source : ALBERT.L et al., annexe (4) « De l'Etude diagnostique : Performance des établissements publics de santé en Tunisie », USI, septembre 2008.

Au niveau de l'aspect économique de l'étude, le but est de produire une base d'information nécessaire pour aider à la prise de décision afin de contribuer à la production d'un service de santé de qualité et efficient.

Il est question aussi de vérifier la validité interne de la recherche touchant la représentativité de la population et la validité externe qui est plus difficile.

Une deuxième approche est dite de « simulation » qui signifie selon les auteurs de l'étude<sup>40</sup> ; « une stratégie qui vise à simuler le comportement du système sur une certaine période (scénario) en agissant sur les variables et les paramètres du modèle ».

Cette approche est construite pour représenter le comportement du système et visant à se positionner sur les écarts au niveau de la prise en charge entre les cas observés sur le plan de la qualité et du coût au vue des protocoles standardisés et afin de prévoir la continuité de la prise en charge dans une perspective d'amélioration continue.

En effet, le choix des établissements objets d'étude est basé sur des critères d'abondance probable d'informations et leur perception au titre de modèle parmi les établissements hospitaliers.

Dans le prochain chapitre nous présenterons les résultats ainsi que les analyses a partir des outils de recherches utilisés.

---

<sup>40</sup> ALBERT.L et al.

## CHAPITRE IV

### L'ETUDE DIAGNOSTIQUE DE LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS EN TUNISIE : PORTEE ET LIMITES

#### 4.1 Présentation des résultats

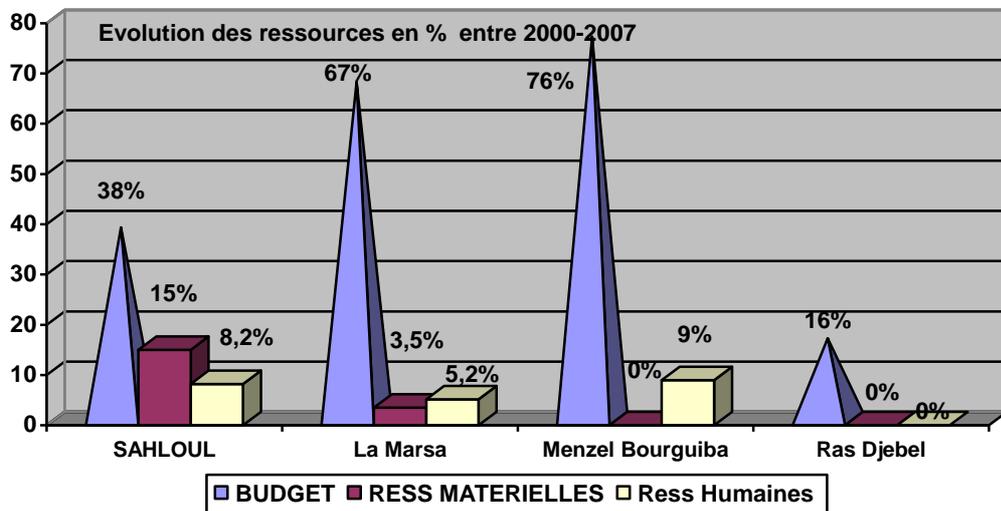
Les résultats de l'étude ont été mis en projection au modèle EGIPSS visant à analyser les résultats des questionnaires détaillés en annexe 3, selon trois (3) fonctions ainsi que leurs sous-dimensions, la fonction atteinte de buts ne ressort pas au niveau de ces résultats à raison de l'absence d'éléments d'analyse se rapportant à l'efficacité dans les 4 hôpitaux d'où la nécessité d'investiguer davantage au niveau de cette fonction (tableau 8).

##### 4.1.1 L'adaptation :

En analysant la sous-dimension, il en ressort au niveau de :

- L'acquisition des ressources : Il s'agit de voir l'évolution des ressources de l'année 2000 à 2007 en comparaison avec la moyenne nationale ressortie pour chaque sous rubrique selon le graphique suivant :

Figure 7 : Evolution des ressources hospitalières en pourcentage entre 2000 et 2007.



Source : inspiré du rapport diagnostic de la performance des hôpitaux en Tunisie, Août 2008, P.69.

EVOLUTION	SAHLOUL	LA MARSAS	MENZEL . B	RAS JEBEL
BUDGET	+ 38 % (20)	+67 % ( 20)	+ 76 % (65)	+ 16 % (23)
RM	+15 % (7.8)	+ 3.5 % ( 7.8)	0	0
RH	+8.2 % ( 6.2)	+ 5.2 % (6.2)	+ 9 %	-

N.B : les pourcentages entre parenthèses représentent les moyennes nationales

Source : Rapport diagnostic de la performance des hôpitaux en Tunisie, août 2008, P.69.

- L'adaptation aux besoins, est la deuxième sous dimension du modèle. En effet, l'étude a démontré un manque au niveau de l'information ce qui empêche de formuler une réponse pertinente à l'élément adaptation aux besoins.
- Capacité d'attraction : de même on dispose peu d'informations pour juger leurs capacités d'attraction sauf quelques études faites par des universitaires qui ne dépassent pas le stade d'initiatives individuelles.
- Mobilisation de la communauté : la culture de l'entreprise n'est pas ancrée auprès des dirigeants de l'hôpital ce qui mène à une absence de stratégie favorisant la communication au sein de l'hôpital.
- Au niveau de l'intégration systémique : Il s'agit d'étudier le degré de collaboration entre les lignes de santé dans les 4 établissements objets d'étude c'est adire entre les établissements de santé de base et les hôpitaux de circonscription (première ligne), les hôpitaux régionaux ( ligne deux) et les établissements publics de santé (troisième ligne), cette collaboration s'est avérée insatisfaisante.
- Capacité d'innover et de se transformer : Il est ressorti qu'à l'exception de l'hôpital SAHLOUL de Sousse, tous les autres hôpitaux se plaignent d'une forte résistance au changement et de difficultés d'instaurer des stratégies nouvelles.

#### 4.1.2 Culture et valeurs :

A ce niveau, il s'agit d'analyser la préoccupation au niveau de la santé des travailleurs, du climat organisationnel, et des valeurs partagées.

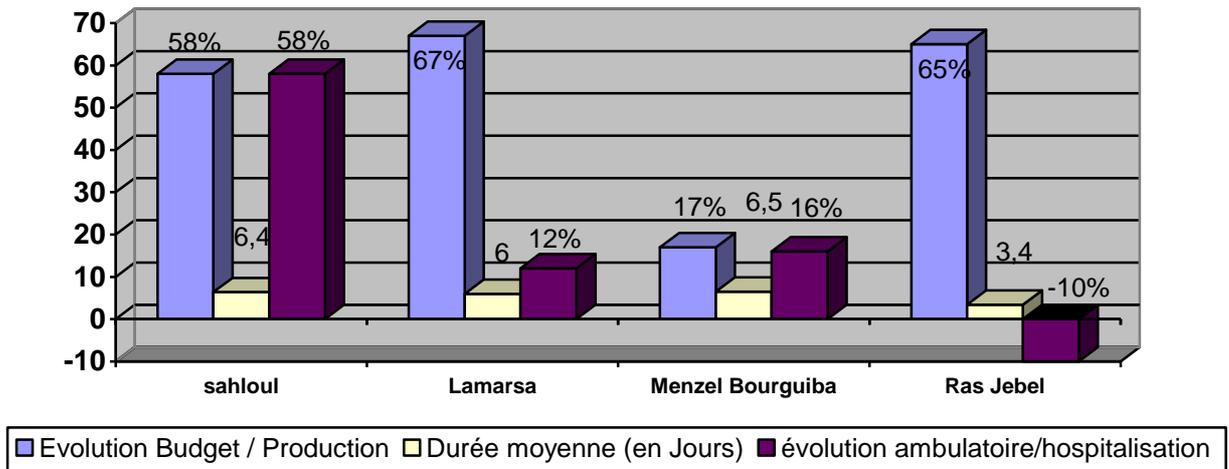
- Préoccupation de la santé des travailleurs : Il existe très peu de stratégies œuvrant pour l'amélioration des conditions de travail des employés et une rigidité très importante au niveau de l'horaire de travail et des facteurs de motivation.
- Au niveau du climat organisationnel : il ressort d'après l'enquête que les employés de SAHLOUL et Menzel Bouguiba sont moyennement satisfaits de leurs conditions de travail, ceux de la Marsa le sont moins, et quant aux salaires ceci constitue l'élément objet d'insatisfaction générale.
- Les valeurs partagées : au niveau des valeurs partagées ou de consensus sur les valeurs, il est question de recueillir des données concernant l'équité, l'efficience, la sécurité et le service public. Il ressort que dans aucun des hôpitaux, il existe une communication claire sur les notions de valeurs. En effet, les employés admettent que les données sont moyennement équitables et que l'hôpital est moyennement organisé pour éviter les fautes professionnelles d'où le constat d'absence de consensus sur les valeurs que l'hôpital devrait défendre.

### 4.1.3 Production

Au niveau de la troisième sous-dimension qui est la production, il est à signaler que le volume de production est en augmentation exponentielle dans les deux EPS (Sahoul et Monji Slim) vient par la suite en terme d'importance l'hôpital régional (Menzel BOURGUIBA) et finalement l'hôpital de Circonscription de Ras Djebel.

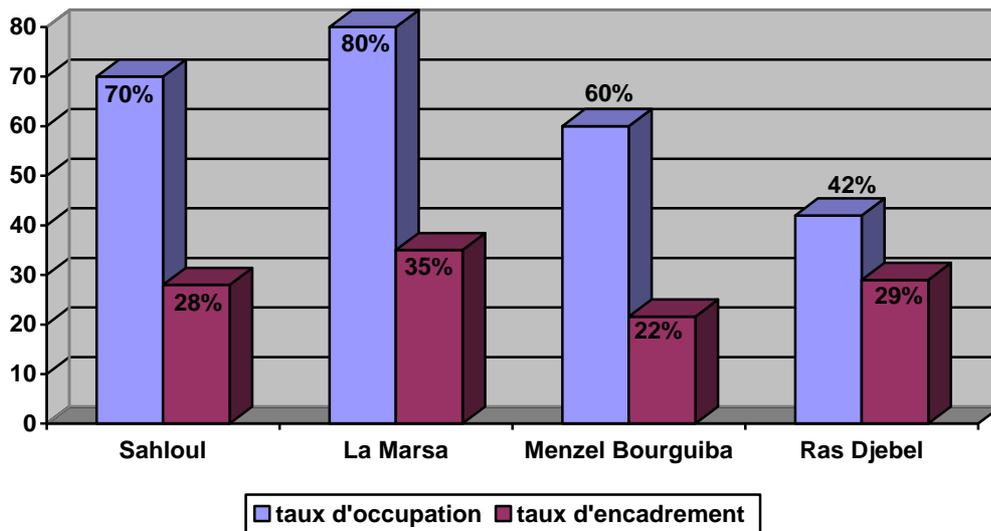
- Au niveau de la productivité : Le graphique suivant décrit les cinq (05) indicateurs quantitatifs de productivité :

Figure 8 : Croisement des différents indicateurs de performance



Source : ALBERT.L et al., « Etude diagnostique : Performance des établissements publics de santé en Tunisie », Septembre 2008, P69.

Figure 9 : Taux d'occupation et d'encadrement en pourcentage



Venons à la qualité, où on note une insuffisance au niveau des indicateurs qui jugent de la performance d'où, des signes inquiétants qui s'établissent et ce, concernant le taux de césarienne dans les hôpitaux de la Marsa et Menzel BOURGUIBA.

Par contre, et au niveau d'autres hôpitaux, un travail de sensibilisation à la question de la qualité a été effectué et qui s'arrête à ce niveau, l'étude a démontré l'absence d'une démarche qualité globale ou d'un programme nationale dans ce sens.

Au niveau non technique :

Les tableaux annexés à ce travail de mémoire illustrent et exposent les résultats des questionnaires posant les sous dimensions du modèle en croisement avec le score moyen ressorti et ce au niveau des consultations externes, urgences et hospitalisation.

Notons que le score est déterminé sur une échelle de 1 à 4. Les scores soulignés en annexe tendant vers le chiffre quatre (4) représentent les insatisfactions les plus prononcées par sous dimension analysée; Inversement, les chiffres les plus proche de un (01) représentent des taux de satisfaction élevés, notant l'exemple de la dimension d'humanisme au niveau de l'hôpital Sahoul de Sousse ou le score moyen en consultation externe est de 2,89 et celui des urgences s'élève à 2,94 d'où l'effort sollicité pour améliorer le score des établissements à ce niveau.

Et inversement au niveau de la sous-dimension humanisme en hospitalisation ou la satisfaction est élevée puisqu'elle tend vert le score de 1,29.

Venons ensuite au récapitulatif de la situation qui résume l'analyse préliminaire et le diagnostic des hôpitaux choisis faisant évaluation sur quatre (04) niveaux d'observations : Satisfaisant, Notable, Préoccupant, A investiguer, et ce sur la base des quatre (04) dimensions du modèle.

Tableau 8 Satisfaction générale par sous-dimension et par hôpital

				<b>SAHLOUL</b>	<b>L a M a r s a</b>	<b>M Bourguiba</b>	<b>Ras Jebel</b>
<b>Adaptation</b>	Acquisition	R	F	Satisfaisant	N o t a b l e	Satisfaisant	Satisfaisant
		R	M	N o t a b l e	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
		R	H	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Préoccupant
	Attraction			Satisfaisant	A investiguer	A investiguer	A investiguer
	A. Besoins			Préoccupant	Préoccupant	Préoccupant	Préoccupant
	S u p p o r t			Préoccupant	Préoccupant	Préoccupant	Préoccupant
	Intégration			Préoccupant	Préoccupant	Préoccupant	Préoccupant
	Innovation			Satisfaisant	Préoccupant	Préoccupant	Préoccupant
<b>Culture</b>	S a n t é			Préoccupant	Préoccupant	Préoccupant	Préoccupant
	C l i m a t			Satisfaisant	Préoccupant	Satisfaisant	Satisfaisant
	V a l e u r s			Préoccupant	Préoccupant	Préoccupant	Préoccupant
<b>Production</b>	V o l u m e			N o t a b l e	Satisfaisant	Préoccupant	Préoccupant

	Productivité		Satisfaisant	Préoccupant	Préoccupant	Préoccupant
	Q u a l i t é	Technique	A investiguer	A investiguer	A investiguer	A investiguer
		Non technique	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	N o t a b l e
<b>Efficacité</b>			A investiguer	A investiguer	A investiguer	A investiguer

Source : ALBERT.L et al., « *Etude diagnostique : performance des établissements publics de santé en Tunisie* », USI, septembre 2008, p74.

Selon le modèle EGIPSS utilisé, il ne s'agit pas seulement de garder une fonctionnalité satisfaisante des différents piliers ou fonctions mais aussi de bien gérer les interrelations ou équilibres entre ces fonctions.

Des relations existent entre les sous-dimensions du modèle intégrateur de performance. La première s'intitule, relation de causalité, c'est-à-dire que « la performance d'une sous-dimension est directement influencée par la performance d'une autre sous-dimension. En effet, la relation qui existe entre l'Acquisition des ressources et le volume de production conclut le fait que plus un hôpital réussit à acquérir des ressources, plus il sera en mesure de produire des services.

La deuxième relation est une d'arbitrage,<sup>41</sup> puisque dans cette relation il est essentiel de garder un équilibre entre deux sous-dimensions, car si on touche à une dimension elle peut facilement se répercuter sur d'autres.

L'exemple des sous-dimensions Productivité et Qualité est caractéristique pour ce cas de figure. Ainsi, si on se concentre le plus sur la productivité, ceci pourrait influencer la qualité des soins et des services. Comme le souligne les auteurs de l'étude<sup>42</sup> « une emphase trop importante sur la Productivité des soins pourrait hypothéquer la Qualité ».

#### 4.2 Productivité économique et qualité des soins

Venons à la partie économique de l'étude diagnostique, où une équipe composée d'experts dont un local (en Tunisie), ont pu prendre en charge la tâche d'engager des études des coûts hospitaliers sur une base d'études existantes mais peu structurées et qui manquent de rigueur scientifiques dans quelques établissements objets d'analyse (hôpital SAHLOUL et hôpital Monji SLIM).

Ainsi le but décrit par l'équipe restreinte découlant de la mission de l'étude diagnostique consiste à « Explorer l'équilibre tactique entre le volume de soins et services produits, la productivité et la qualité de soins et services, incluant les aspects liés à la continuité de soins et l'atteinte de buts »<sup>43</sup>.

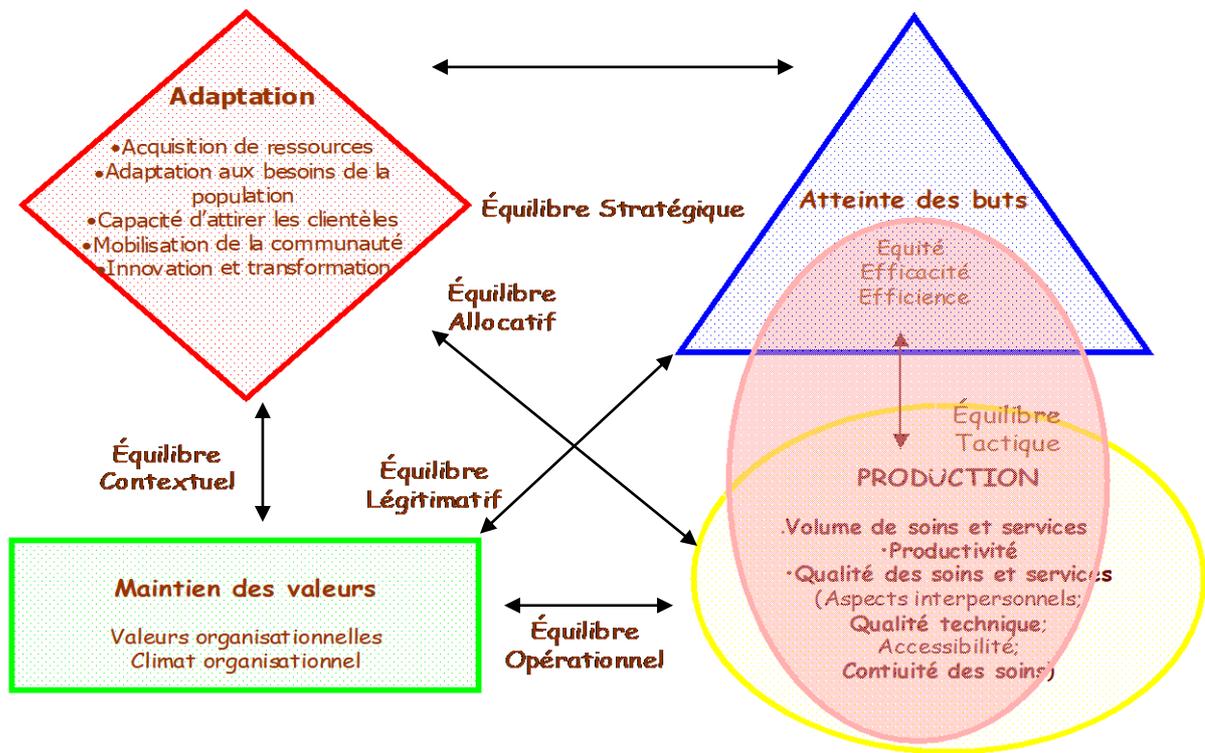
La figure suivante permet de tracer les lignes d'intérêt de cette partie de l'étude :

<sup>41</sup> Etude Diagnostique, performances des hôpitaux publics tunisiens, USI-CHUM, septembre 2008, diapositifs de présentations.

<sup>42</sup> OP.cit

<sup>43</sup> MORALES.C, Houcine AKHNIF, Tunis, AOÛT 2008, Diapositifs de présentation Powerpoint, réunion au MSP.

Figure 10 : Dimensions et sous-dimensions de la performance : Modèle intégrateur et configurationnel : EGIPSS

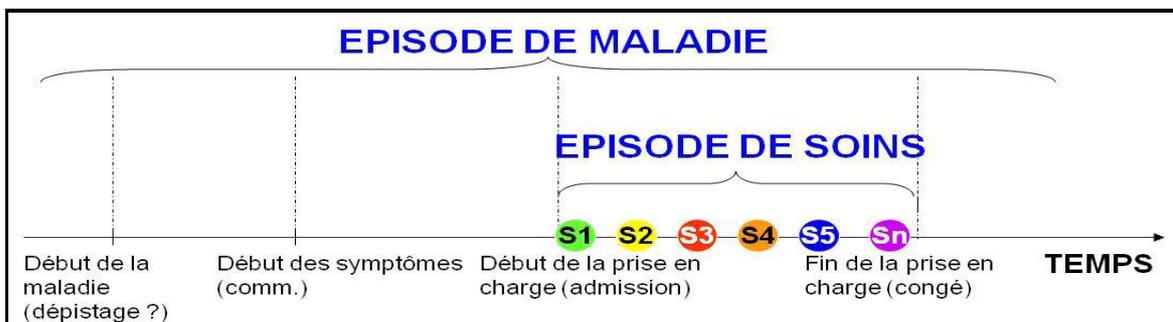


Source : MORALES et AKHNIF, MSP, Tunis, AOÛT 2008

Au niveau de la méthodologie employée pour cette partie de l'étude, il s'agit de :

- Fixer des modalités de prise en charge des questions de santé, de s'informer sur les procédés de prise en charge observés en fonction des standards adaptés aux institutions tunisiennes ;
- D'aboutir à des coûts par patient par séquence de soins surtout pour les pathologies choisies;
- D'estimer les coûts par patient et les modalités de leur prise en charge par rapport aux coûts standards afin d'envisager les possibilités d'amélioration continue de la performance hospitalière en fonction des circuits de références ;
- De proposer des recommandations.

Figure 11 Episode du malade.



Source : MORALES, AKHNIF, ARFA, USI Université de Montréal, Août 2008.

Figure 12 : Prix de revient par acte et hôpital avec amortissement (en DT)

	<i>Biologie</i>	<i>Radiologie</i>	<i>Cardiologie</i>	<i>Gynécologie</i>
<i>Unité d'oeuvre</i>	B	R	Journée	Journée
<i>La Marsa</i>	<b>0.25</b>	<b>1.19</b>	82.1	35.58
<b>SAHLOUL</b>	0.05	0.99	<b>154.63</b>	
<b>Bourguiba</b>	0.028	0.54	152.73	79.77
<b>Ras Jebel</b>	0.037	0.79		<b>214.2</b>
<i>Moyenne</i>	<b>0.091</b>	<b>0.878</b>	<b>129.82</b>	<b>109.85</b>

Source : MORALES, AKHNIF, ARFA, USI Université de Montréal, présentation du rapport, Tunis, août 2008.

Ceci démontre un écart entre les moyennes au niveau de ces actes à l'échelle nationale et celles des coûts ressortis dans ces hôpitaux. Il démontre aussi que bien que les hôpitaux objets d'étude ne puissent être performants sur l'activité hospitalière tout entière, il ressort un certain potentiel de productivité économique sur des éléments de coût ce qui nous conduit à la nécessité d'analyser davantage les structures des coûts pour expliquer ces écarts importants enregistrés entre les différentes structures.

Les figures suivantes définissent les écarts de coûts entre les différentes institutions et en rapport avec la moyenne nationale pour les cas d'insuffisances coronariennes et de celle de la grossesse à risque.

Figure 13 : Insuffisances coronaires :

		Coût sans amortiss	Coût avec amortiss des bâtiments	Coût avec amortiss des équipements	Coût avec amortiss	DMS
<b>Mongi Slim (La Marsa)</b>	<b>Moyenne</b>	2 488DT	2 527DT	2 713DT	2 752DT	9,5
<b>Bourguiba</b>	<b>Moyenne</b>	574DT	697DT	677DT	<b>800DT</b>	4,84
<b>SAHLOUL (Sousse)</b>	<b>Moyenne</b>	3 019DT	2 996DT	3 188DT	<b>3 197DT</b>	6,25

Source : MORALES et AKHNIF, Tunis, Aout 2008.

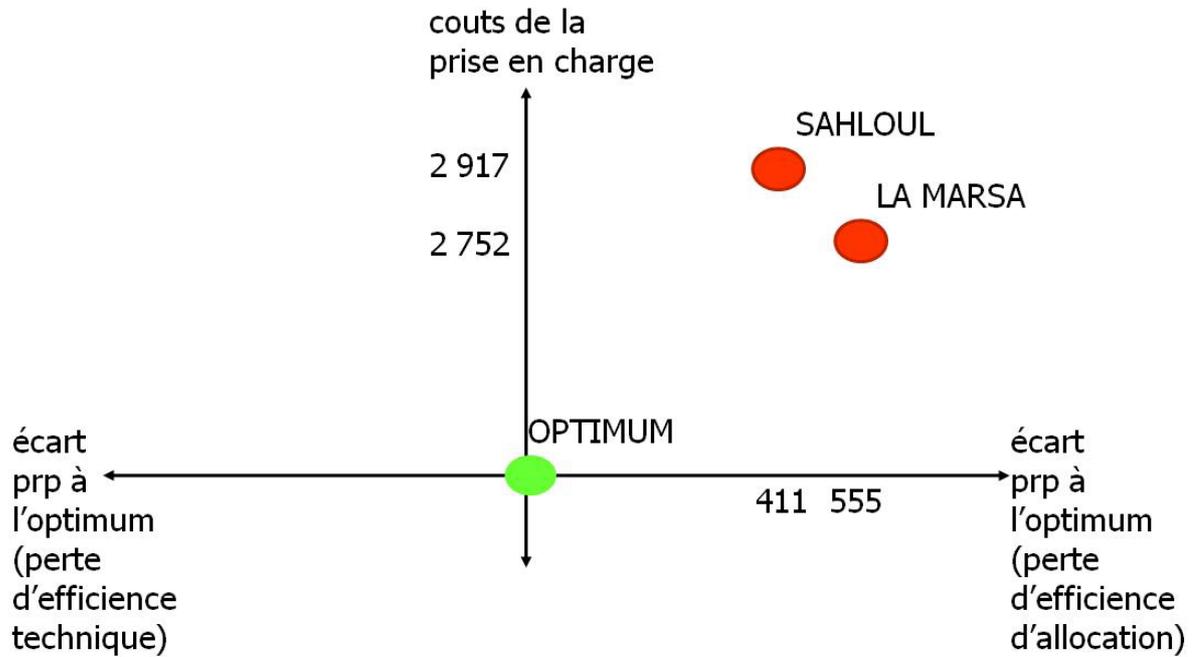
Figure 14 : Grossesse à risque :

		Coût sans amortiss.	Coût avec amortiss des bâtiments	Coût avec amortiss des équipements	Coût avec amortiss	DMS
<b>Mongi Slim (La Marsa)</b>	<b>Moyenne</b>	1 306DT	1 375DT	1 389DT	<b>1 458DT</b>	14
<b>Ras Jebel</b>	<b>Moyenne</b>	394DT	451DT	422DT	480DT	3,12
<b>Bourguiba</b>	<b>Moyenne</b>	242DT	267DT	251DT	<b>276DT</b>	3,14

Source : MORALES et AKHNIF, Tunis Aout 2008.

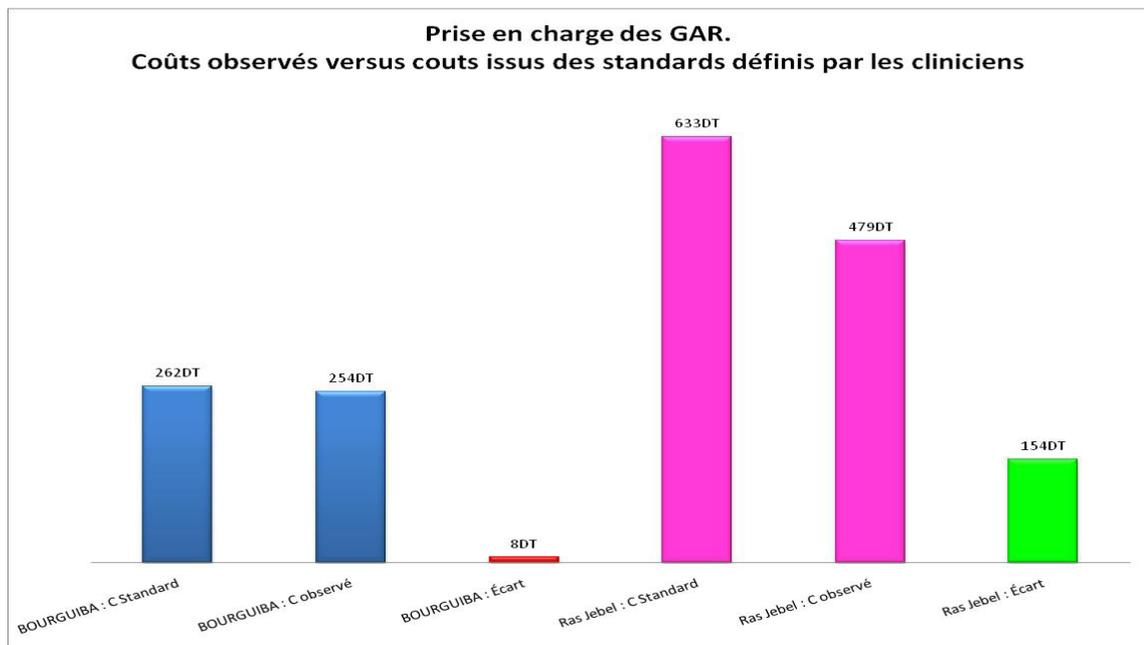
Le tableau précédent démontre l'écart considérable au niveau des coûts d'un cas de grossesse à risque entre les différentes structures hospitalière et ce en terme de coût avec amortissement ainsi que de DMS. Ceci peut signifier que le niveau de prise en charge est différent entre les établissements ou la complexité des cas traités puisque logiquement un hôpital hospitalo-universitaires peut attirer une population dont la complexité des cas est plus manifeste et par conséquent plus coûteuse.

Figure 15 : Ecart par rapport à la prise en charge optimale des cas d'insuffisances coronaires



Source : MORALES et AKHNIF, Tunis Aout 2008.

Figure 16 : Prise en charge des GAR coûts observés / coûts standards



Source : MORALES et AKHNIF, Tunis Aout 2008.

Il est à signaler qu'un travail d'initiation d'études des coûts a été entamé au niveau des établissements de santé tels que l'hôpital SAHLOUL de Sousse ou à l'hôpital Mongi Slim de la Marsa sans lequel la finalisation de cette étude diagnostique aurait peu d'issues. D'où une recommandation pour que ce genre d'études soit initié et constituer un travail régulier moyennant l'introduction fiable et exhaustive d'informations et leur intégration systématique dans le processus décisionnel des établissements.

Du fait, l'équipe de l'analyse des coûts de l'étude diagnostique de la performance des hôpitaux publics en Tunisie a proposé :

- La mise en place de standards de prise en charge locaux dans un contexte à long terme avec un accompagnement rapproché des hautes autorités ;
- La généralisation de ce type d'études ou de ces protocoles à l'échelle du pays ce qui permettrait de favoriser une base de comparaison entre plusieurs établissements quel que soit leur niveau de spécialité ou entre plusieurs filières de soins ce qui permettra aussi de créer des normes au niveau du coût de la prise en charge et de la qualité.

Parmi les perspectives d'avenir, il s'est avéré intéressant d'individualiser des « paniers de soins » à couvrir avec une méthode de contractualisation basée sur les coûts des services de soins et un développement d'une tarification basée sur les coûts.

Ceci permettra de favoriser une couverture des coûts de production, d'améliorer l'efficacité et de développer l'équité du système de santé se basant sur une relation de financement des frais de soins par les organismes assureurs sur la base d'études réels et effectifs.

Les études approfondies sur les coûts de soins ou des démarches d'amélioration de la performance hospitalière permettraient de développer des niveaux de connaissances sur les coûts de production, des coûts par pathologie ou par groupes homogènes de maladies (GHM) ainsi que le renforcement des capacités de planification chez les gestionnaires.

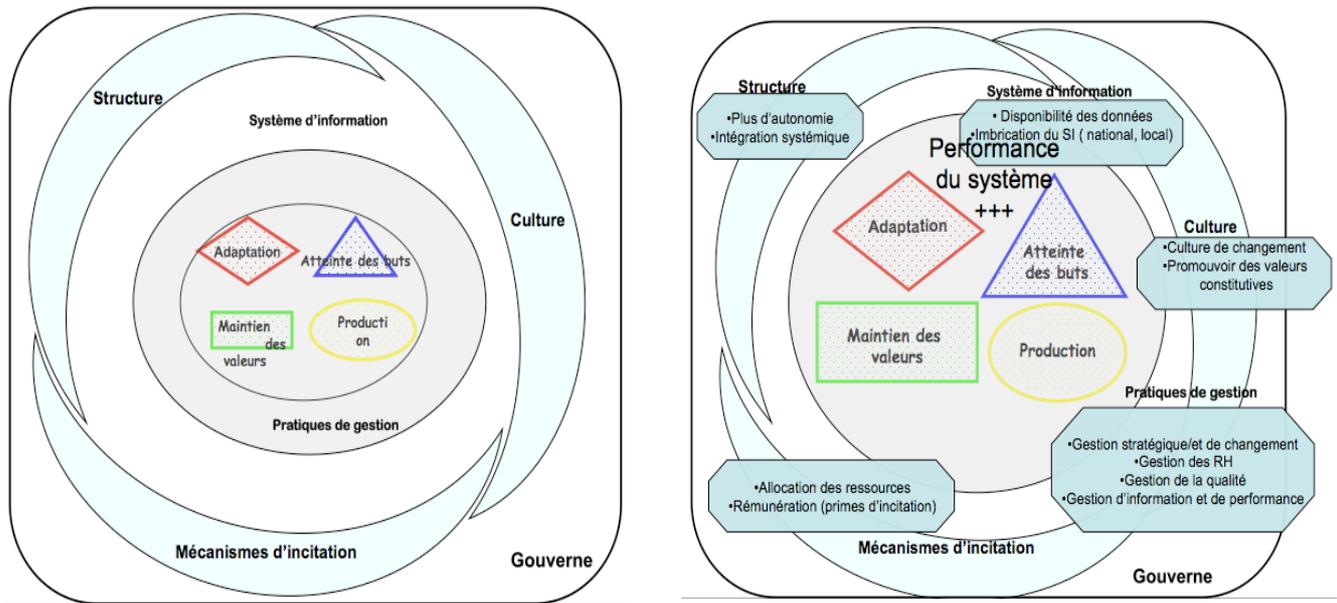
Au niveau des cliniciens praticiens, il s'agit d'œuvrer dans une orientation critique dans les démarches organisationnelles de leurs services et dans la formulation de protocoles standardisés et concordants avec les protocoles locaux et internationaux.

S'agissant de la recherche, il est opportun à ce stade pour les chercheurs d'œuvrer dans le sens d'un accroissement des axes de recherches et vers un contexte évaluatif intégrant une évaluation économique des protocoles de soins. Il s'agit ainsi de refaire les mêmes études sur une base de contractualisation tout en produisant ou contribuant à produire des informations servant comme base pour une évaluation médico-économique des actes médicaux et de soins.

Et finalement au niveau de l'organisation, en général, il s'agit de pouvoir produire un maximum d'informations à propos de l'activité de l'établissement sur le plan clinique, de productivité des ressources humaines, matérielles et financières ainsi que toute information servant à définir un coût de production d'un service hospitalier.

Selon les propositions formulées par les experts consultés pour cette étude préliminaire, il s'agit de centrer l'enjeu de la performance autour d'axes et de sous-axes figurés dans le schéma suivant.

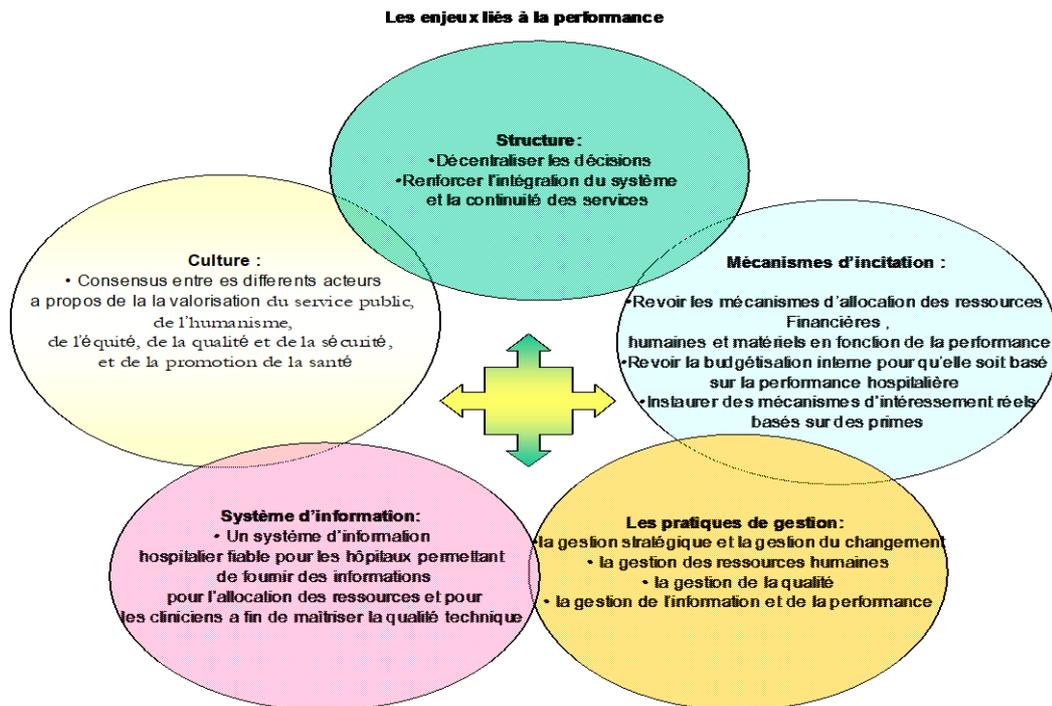
Figure 17 : Les axes et activités d'interventions pour l'amélioration de la performance :



Source: Étude diagnostique sur la performance des établissements publics de soins, rapport définitif, août 2008, p 131-132.

En fonction du respect des piliers du modèle EGIPSS quadripartite, il est opportun de dresser un schéma qui illustre bien cette orientation réformatrice et évaluative et qui reprend les axes autour des dimensions du modèle. Ce schéma reprend avec plus de détails les solutions envisageables :

Figure 18 : Les enjeux liés à la performance :



Source : Inspiré du rapport « Etude de diagnostic sur la performance hospitalière en Tunisie », août 2009.

### **4.3 Leçons à tirer et propositions : une question d'équilibre**

Au vu de ce qui ressort de cette étude, il est opportun à notre avis d'entamer à l'aide d'une démarche de gestion par objectifs un outil de planification stratégique sous forme de tableau de bord permettant de mettre en œuvre les recommandations issues par l'étude diagnostique finalisée par l'équipe de l'USI et du GRIS au vu d'envisager son implantation dans les hôpitaux publics tunisiens.

Le tableau qui suit décomposé en huit (08) colonnes présente les dimensions du modèle EGIPSS (adaptation / structure, atteinte des buts, maintien des valeurs, production).

Ces dimensions sont associées à des objectifs définis à titre de proposition par l'équipe de l'étude, des activités sont proposées et en découlent des responsabilités et des attributions détaillées, essayant de refléter les objectifs sollicités en vue de les atteindre.

En effet, ce tableau configure les équipes de pilotage et les participants à titre local ou central émanant d'organismes centraux (Premier ministre, MSP ou CIMSP, etc.).

De plus, et pour bien concrétiser les objectifs visés, il est intéressant de les associer à des « indicateurs de résultats » ou de réalisations. Ceci a pour but d'affirmer ou non la finalisation des objectifs.

La colonne « Agenda » serait la colonne d'indicatrice sur les délais de réalisation répartie sur trois (03) ans constitué un choix intentionnellement afin de répondre aux changements rapides dans le milieu de la santé et qui constitue par plusieurs experts comme étant une périodicité raisonnable pour élaborer des politiques de changements ou des projets puisqu'on réfléchit peu, actuellement en terme de plans quadriennaux ou quinquennaux, mais plutôt de plans triennaux.

Tableau 9 : Tableau de bord de transférabilité du modèle EGIPSS.

Dimensions	Objectifs	Activités	Pilotage	Participants	Responsabilités / Attributions	Indicateurs de résultats	Agenda		
							An 1	An 2	An 3
Adaptation / structure	Plus d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer l'autonomie des établissements de santé garant d'une meilleure souplesse de gestion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSP</li> <li>Directeurs et directeurs généraux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chefs de services hospitaliers</li> <li>Cadres hospitaliers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appliquer les dispositions de la loi sur l'organisation hospitalière et des différents textes consacrant l'autonomie hospitalière.</li> <li>Bien définir les tâches des responsabilités des acteurs et responsabilisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispositions appliquées et mises à jour maintenu en fonction de l'évolution du contexte hospitalier</li> <li>Fiches de tâches appliquées, respectées et mises à jour en fonction de l'évolution des pratiques professionnelles.</li> </ul>	X		
							X	X	X

	<p><b>Renforcer l'intégration systémique</b></p>	<p>Fournir des soins appropriés et continus aux patients en toute coordination</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MSP</li> <li>▪ Directeurs et directeurs généraux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Directeurs</li> <li>▪ Chefs de services hospitaliers</li> <li>▪ Directeurs de soins ou directeurs médicaux.</li> <li>▪ Responsables de contrôle de gestion.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Renforcer le système de communication inter et intra-établissements.</li> <li>▪ Respecter les attributions et rôles de différentes lignes de santé tout en gardant la continuité des soins et services</li> <li>▪ Encadrement de différents professionnelles entre les lignes de santé par les structures de santé universitaires et ultra spécialisées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réductions du temps d'attentes et les discordances au niveau des prises de rendez-vous.</li> <li>▪ Réductions des taux de réclamation</li> <li>▪ Information concernant les patients et les activités disponibles en temps réels</li> </ul>	<p>X</p>	<p>XX</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>
<p><b>Atteinte des buts</b></p>	<p><b>Disponibilité des données</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La mise en place d'un système fiable et solide sur la performance des hôpitaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MSP</li> <li>▪ Directeurs</li> <li>▪ Chefs de services</li> <li>▪ Directeurs médicaux</li> <li>▪ Responsable Contrôle de gestion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- membres du conseil d'administration</li> <li>- membres du comité médical</li> <li>- DG et tous les responsables administratifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fournir des informations périodiques, continues et fiables sur la production médicale</li> <li>▪ Mettre en place des études de coûts périodiques et continues permettant la comparaison et servant comme base de financement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rapports périodiques sur l'épidémiologie et les pathologies traitées au niveau de l'hôpital.</li> <li>▪ Etudes sur les GHM réalisés.</li> <li>▪ Etudes des coûts par pathologie et générales réalisés ;</li> <li>▪ Indicateurs de</li> </ul>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>

						qualité améliorés.			
	<b>Imbrication du système d'information</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mettre en place un système d'information homogène et intégré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MSP</li> <li>▪ Directeurs de services</li> <li>▪ Chefs de services médicaux</li> <li>▪ CIMSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Directeurs hospitaliers</li> <li>▪ Chefs de services hospitaliers</li> <li>▪ Directeurs de soins ou directeurs médicaux.</li> <li>▪ Ingénieurs informatiques.</li> <li>▪ Cadres gestionnaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Homogénéiser les applicatifs locaux avec les besoins nationaux d'information</li> <li>▪ Intégrer les différentes sources d'information de la production médicale et favoriser la fiabilité et la continuité de la production de l'information.</li> <li>▪ Mise à jour périodique du système d'information en fonction de nouveaux besoins et nouvelles activités.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Applicatifs homogénéisés et réduction des informations isolées et peu pertinentes.</li> <li>▪ SIH mis à jours et toutes les activités médicales informatisées.</li> </ul>	X	X	X
<b>Maintien des valeurs</b>	<b>Mécanismes d'incitation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Allocation des ressources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MSP</li> <li>▪ Ministère des finances</li> <li>▪ Directeurs de services hospitaliers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ membres du conseil d'administration ou conseil de santé</li> <li>▪ membres du comité médical</li> <li>▪ DG et tous les responsables administratifs</li> <li>▪ Surveillants et chefs d'unité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Définir les axes de performances de l'établissement en fonctions des orientations nationales et des priorités sanitaires.</li> <li>▪ Renforcement des axes performants dans la production médicale du service.</li> <li>▪ Intégrer des mécanismes de correspondances entre production et performances hospitalières au niveau de l'analyse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Axes de performances définis</li> <li>▪ Axes de performance renforcée au niveau de l'allocation budgétaires.</li> <li>▪ Mécanismes d'analyse de la performance budgétaires mis en</li> </ul>	X	X	X

				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chefs de services médicaux.</li> </ul>		place.			
		Rémunérations (primes d'incitations)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1° Ministère</li> <li>▪ MSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Directeurs d'hôpitaux.</li> <li>▪ Chefs de services.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Renforcer et généraliser les mécanismes de budgétisation, contractualisation interne au niveau des hôpitaux basés sur la performance et introduire des modalités Bonus Malus pour motiver plus performants.</li> <li>▪ Incorporer la culture de motivation individuelle par la récompense des agents les plus rentables par des primes et autres intéressements.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Budgétisation interne mise en place et géré par l'unité de contrôle de gestion au CHU et par la direction financière dans les autres structures.</li> <li>- Primes et prix de meilleures institutions performantes et de personnels modèles.</li> </ul>	X	X	X
							X	X	X

Production	Pratiques de gestion	Gestion stratégique et du changement.	MSP Directeurs d'hôpitaux.	Chefs de services hospitaliers Surveillants des services Cadres gestionnaires.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etudes des forces et des faiblesses de l'organisation d'un point de vue interne.</li> <li>▪ Elaboration des plans stratégiques (projets d'établissements, contrats externes et internes).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etudes diagnostiques internes et périodiques finalisées.</li> <li>- Contrats de performances finalisés</li> <li>- Pourcentage de participation du personnel et des services hospitaliers.</li> </ul>	X		
------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------------------	--	---	---	---	--	--

		Gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1<sup>er</sup> Ministère</li> <li>▪ MSP</li> <li>▪ Directeurs d'hôpitaux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Directeurs d'hôpitaux.</li> <li>▪ Chefs de services hospitaliers</li> <li>▪ Surveillants de services.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doter les établissements de santé de plus d'autonomie au niveau de la gestion du personnel (médical, paramédical et administratif).</li> <li>- Doter les administrations des moyens logistiques et managériaux pour appliquer la GPEC dans le milieu hospitalier.</li> <li>- Appliquer progressivement la rémunération du personnel en fonction de la performance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion des RH (recrutement, rémunération, formation, promotion, évaluation) à la charge des établissements de santé.</li> <li>- Tableau de bord de GRH tenu par les établissements de santé.</li> <li>- Pourcentage ou part du salaire basé sur la performance.</li> </ul>	X	X	X
		Gestion de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MSP</li> <li>- Chefs de service.</li> <li>- Directeurs d'hôpitaux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chefs de services hospitaliers.</li> <li>- Directeurs d'hôpitaux</li> <li>- Surveillants de services.</li> <li>- Contrôle de gestion et audit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appliquer la politique nationale en matière de gestion de la qualité.</li> <li>- Maîtrise de l'infection hospitalière.</li> <li>- Sensibilisation et formation continue en matière de qualité.</li> <li>- Intégrer des processus de certification de la qualité des soins et services hospitaliers.</li> <li>- Doter les unités et les tâches d'audit et de contrôle de gestion plus d'autonomie et</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guide ou manuel de procédures interne de la gestion de la qualité et des protocoles médicaux élaborés et mis en œuvre.</li> <li>- Procédés de certifications engagés.</li> <li>- Fiches de tâches des unités d'audits et de contrôle mises à jour</li> </ul>	X	X	X

					de prérogatives en matière de qualité.	et des rapports édités périodiquement et présents obligatoirement aux conseils d'administrations ou conseils de santé.	X	X	X
		La gestion de l'information et de la performance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MSP</li> <li>- CIMSP</li> <li>- Directeurs d'hôpitaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingénieurs informatiques du CIMSP.</li> <li>- Directeurs de soins ou directeurs médicaux.</li> <li>- Chefs de services hospitaliers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'un système d'information intégré et mis à jour.</li> <li>- Informatisation du dossier médical et infirmier.</li> <li>- Intégrer les indicateurs de performances dans le système d'information servant comme détecteur de non-qualité et de la non-performance pour agir à temps.</li> <li>- Orienter les données fournies par le système d'information au financement par la performance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Applications informatiques fonctionnelles et intégrées.</li> <li>- Dossier médical et infirmier mis en place et fonctionnel.</li> <li>- Indicateurs définies et intégrés dans le système d'information.</li> <li>- Activités de soins maintenues ou abandonnées en fonction de leurs performances.</li> </ul>	X	X	X
							X	X	X

Figure 19 : Tableau de bord schématique

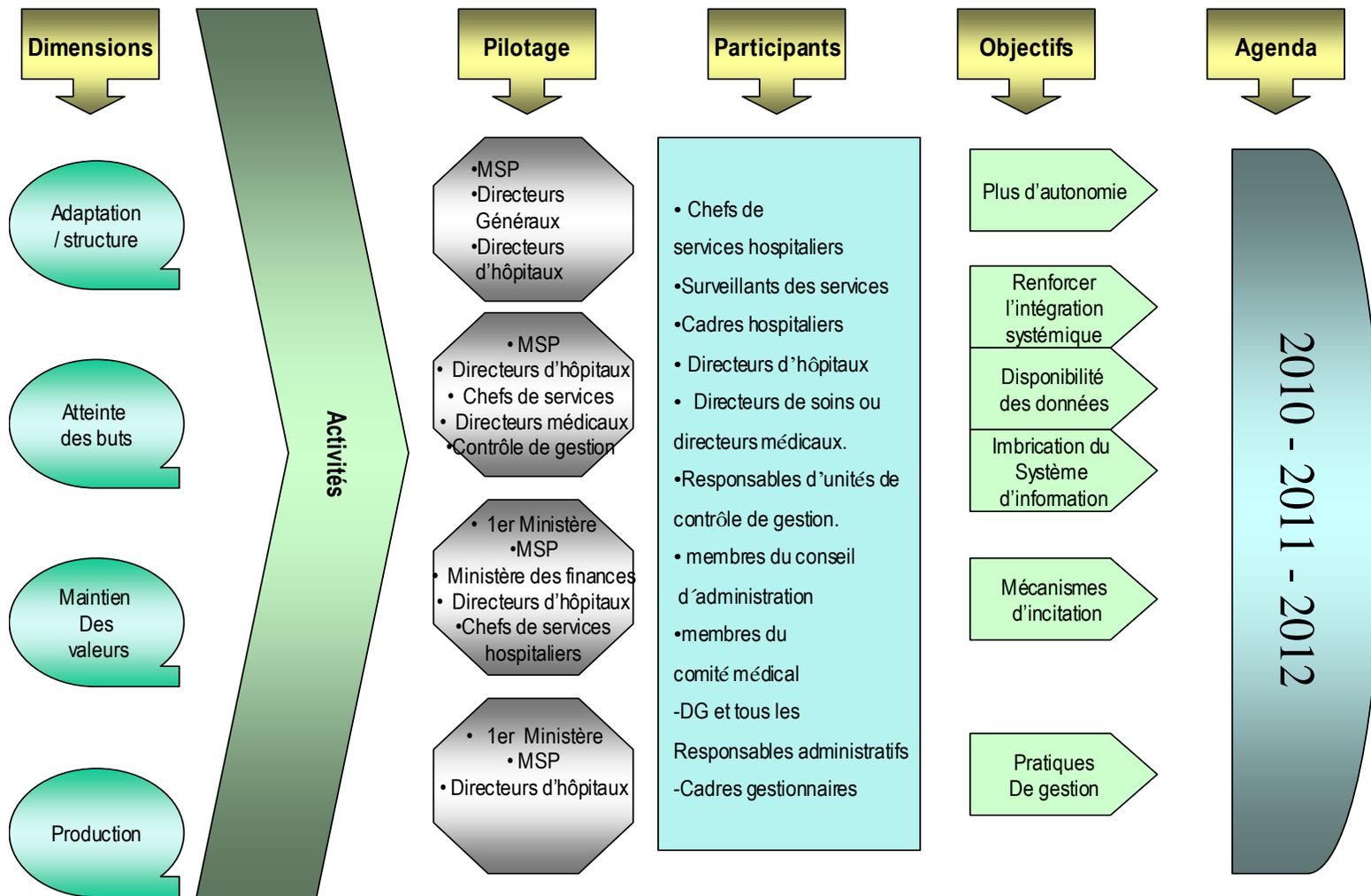


Tableau 10 : Hypothèses contraignantes face à la réalisation du tableau de bord de performance hospitalière.

Dimensions	Objectifs	Activités	Hypothèses contraignantes
Adaptation / structure	Plus d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer l'autonomie des établissements de santé garant d'une meilleure souplesse de gestion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retards au niveau de la mise à jour et applications différées d'une structure à l'autre.</li> <li>Résistance forte au changement et mauvaises préparations aux changements.</li> </ul>
Atteinte des buts	Renforcer l'intégration systémique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournir des soins appropriés et continus aux patients en toute coordination</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Système de communications (exemple : téléphones, internet, Intranet) non fonctionnel ou discontinu.</li> <li>Résistance au changement.</li> <li>Non rétention du personnel initié et formé, grande mobilité (rotations multiples des équipes de travail)</li> <li>Insuffisances des moyens logistiques</li> </ul>
	Disponibilité des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>La mise en place d'un système fiable et solide sur la performance des hôpitaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficultés de circulation de l'information par les services hospitaliers.</li> <li>Secret et éthique médicaux.</li> <li>Retard des données médico-économiques.</li> <li>Manque de motivations.</li> </ul>
	Imbrication du système d'information	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place un système d'information homogène et intégrée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compatibilité des systèmes informatiques.</li> <li>Mauvaises saisie et introductions des données.</li> <li>Manque de formation sur la codifications des activités médicales, et discontinuité.</li> <li>Manque de motivation.</li> </ul>
Maintien	Mécanismes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Allocation des ressources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conflits interservices</li> </ul>

<b>des valeurs</b>	<b>d'incitation</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disparités des services hospitaliers inter-établissement de santé.</li> <li>▪ Gestion budgétaire à jour et quasi-absence des retards.</li> <li>▪ Manque de motivation et d'intéressement.</li> </ul>
		Rémunérations (primes d'incitations)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Résistance au changement</li> <li>- Conflits interservices.</li> <li>- Absence d'équilibre budgétaire par natures des activités hospitalières (Réanimation / chirurgie plastique)</li> </ul>
<b>Production</b>	<b>Pratiques de gestion</b>	Gestion stratégique et gestion du changement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution du taux de participation du début à la fin</li> <li>- Manque d'appui des organismes centraux.</li> </ul>
		Gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inadéquation entre besoins réels et GRH.</li> <li>- Résistance au changement quant aux salaires sur la base de la performance.</li> </ul>
		Gestion de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de participation de tous les acteurs de toutes les lignes de santé à l'élaboration du guide et spécificités non prises en compte dans les zones en manque de moyens.</li> <li>- Tâches et compétences non renforcées à l'interne et au niveau central.</li> </ul>
		La gestion de l'information et de la performance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compatibilité entre les applicatifs du CIMSP et ceux du privé.</li> <li>- Ethique et secret médical.</li> <li>- Autonomie de prise de décision en fonction de la performance.</li> <li>- Résistance forte au changement.</li> </ul>

## CONCLUSION

Le contexte hospitalier aujourd'hui ne peut se contenter de réaliser l'activité de soins et des services de santé. La viabilité d'une structure de santé exige aujourd'hui une forme d'équilibre intégrale, à la fois social, économique, managérial et médical. Ces différents axes de santé sont reflétés par le modèle EGIPSS dans ses dimensions qui forment un contexte global et intégral dont toute institution et spécialement l'institution hospitalière ne peut déroger car entre ces différentes dimensions (adaptation, atteinte des buts, maintien des valeurs, et production) coexistent des liens d'équilibre à la fois stratégiques, allocatifs, légitimatifs, contextuels, opérationnels et enfin tactiques. C'est un outil solidifiant des relations entre ces dimensions, et l'équilibre de ce modèle ne peut sortir de ce contexte, d'où la possibilité de transférabilité réussite de ce modèle dans le contexte de la gestion hospitalière tunisienne.

Ce modèle équilibré de l'évaluation hospitalière marque bien l'intégralité des champs d'intervention de l'hôpital public puisqu'il répond aux besoins d'évaluation et d'analyse des différents acteurs (organismes centraux, directeurs d'institutions hospitalières, praticiens dans le milieu de soins et enfin cadres gestionnaires ouvrant dans le milieu du contrôle de gestion et d'audit ) et essayent de contourner les différentes dimensions qui forment le quotidien managerial et non managérial dans un hôpital public.

Partons de ce contexte, il est important à notre avis que les dimensions de ce modèle soient maîtrisées au niveau des différents acteurs du système, tant sur le plan managérial que des procédures.

Assimiler ces différentes dimensions ainsi que leurs prérogatives, prépondérances et moyens de mises en œuvre, est un préalable qui devrait être instauré à l'échelle d'une institution hospitalière (micro) jusqu'au niveau central (macro) afin de favoriser l'homogénéité de l'évaluation et du système en globalité.

Du fait, le tableau de bord élaboré constitue un outil efficace pour les institutions de santé pour transférer l'application du modèle EGIPSS et de ses dimensions.

Par conséquent, ce tableau de bord adoptant une démarche de planification stratégique pourrait constituer une ébauche à la contractualisation interne au sein des institutions de santé et entre ces institutions hospitalières, quel que soient leurs lignes de références (lignes de santé) ou leur niveau de grandeur (budget ou spécialités de Médecine)

C'est aussi une base de contractualisation entre ces institutions et les autorités de tutelles (ministère de santé, premier ministre..).

C'est un travail continu et permanent que le tableau de bord voudrait instaurer afin de garder toujours en perspective les dimensions du modèle et pouvoir planifier, organiser, contrôler et diriger en conséquence.

C'est aussi un garant de la qualité hospitalière puisqu'un outil d'évaluation fonctionnel et opérationnel à une échelle locale permet d'agir à temps, aider à la prise de décision et envisager la mise en place de ces décisions en conséquence.

On a pu concevoir un tableau de bord de la performance hospitalière tenant compte des dimensions du modèle.

Des objectifs et des activités précises sont mentionnés avec des indicateurs de résultats en fonction de leur réalisation nous pourrions admettre si on a bien atteint nos objectifs, œuvrés par différents participants et pilotés par un comité de haut niveau (comité de pilotage).

C'est dans un cadre temporel de trois ans que ce programme pourrait se réaliser (2010-2011-2012). En effet, la réalisation de ce programme de réforme de la performance hospitalière, si on admet cette appellation, tient en considération certaines hypothèses contraignantes dont la réussite de l'implantation reste tributaire.

Finalement, on pourrait confirmer que la transférabilité du modèle EGIPSS est envisageable et même très souhaitable à l'échelle locale que constitue l'institution hospitalière publique. En effet, il s'agit de penser globalement et agir localement, penser au modèle et à son bienfait pour le système de santé et agir localement au niveau de l'hôpital public en essayant de l'adapter au contexte local et en tenant compte de l'environnement interne et externe de cette institution complexe.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALBERT Lucien., et al. (septembre 2008). « *Etude diagnostique : performance des établissements publics de santé en Tunisie* ». USI, CHUM.
- BARRETTE, Jacques et Jocelyn BERARD « *Gestion de la performance : lier la stratégie aux opérations* », Gestion, volume 24, numéro 4, hiver 2000.
- BAUBEAU.Dominique et Céline PEREIRA, « *mesure de la performance dans le domaine de la santé* », Solidarité et santé n°3 .2004.
- BEN REJEB, Wadji, « *Gouvernance et performance dans les établissements de soins en Tunisie* », Mémoire DEA, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de Tunis, juillet 2003.
- BENNIS.W.G., C. GUERRIN, H.C DE BETTIGNES, « *Le développement des organisations : sa pratique, ses perspectives et ses problèmes* », Dalloz, 1975, p.1000.
- BOUNEKKAR Ahmed, Michel LAMURE, Université Claude Bernard Lyon, « *évaluation des performances dans les établissements hospitaliers* » ; avril, 2001.
- CHAMPAGNE, François. « *La performance hospitalière dans une perspective organisationnelle ; concepts, préférences et enjeux* », Université de Montréal, Bruxelles, 27 juin 2006 P. 30
- COUDREAU.D, Rose-Marie VAN LERBERGHE et thierry ZYLBERBERG « *Le point de vue de Jean-marc Boulanger, Comment sauver le système de santé ?* », LES ECHOS, du 09 février 2009, P.15.
- ETUDE DIAGNOSTIQUE, performances des hôpitaux publics tunisiens, USI-CHUM, septembre 2008, diapositifs de présentations
- EVANS.D.B et Al. « *The comparative Efficiency of National health systems in producing health: an analysis, of 191 countries* », GPE discussion paper, N°29, World Health Organization.
- FRANCIS ROGER France, « *Méthodes d'évaluation de la performance hospitalière* », Revue HOSPITALS.BE, février 2001, N°245.
- GRANT, R.M, « *The Resource-based Theory of Competitive Advantage : Implication for Strategy, reformulation* », California Management Review, Spring 1991, pp.114- 135.

LALANDE A., Vocabulaire technique et critique de la philosophie, 1992-1993, p 131.

Le petit Robert des noms propres, 2006 p.1638.

LOMBRAIL.Pierre, Michel NAIDITCH, Philippe CUNEO, « *les éléments de la performance hospitalière, les conditions d'une comparaison* » dans DREES études et résultats n° 42 ; Décembre 1999.

MALO.François Bernard, « *Participation des travailleurs et performances organisationnelles : le cas du CHUQ* », Thèse de Doctorat en Science de Gestion de l'Université Toulouse 1, le 17 décembre 2001.

MERTENS, Raf et Xavier DE BETHUNE, Alliance Nationale des mutualités chrétiennes, « *L'évaluation externe de la performance hospitalière : Rôle des organismes assureurs et choix d'avenir* », Revue HOSPITALS.BE, février 2002, N°245.

MINTZBERG, H., 1987, « *Structure en 5 points : une synthèse de la recherche sur les formes organisationnelles* » in Chanlat, J.-F. et Séguin, F., *L'analyse des organisations*, Tome 2, Gaëtan Morin Éditeur, Boucherville, pp. 213-242.

MORIN.E, « *La méthode : la nature de la nature, points Essais* », 1993, (1re édition 1977), Tome I, p 235.

MTIRAOUI.A, (Novembre 2004). « *Principes de Management dans le domaine de la santé* », module de formation à l'usage du personnel cadre de la santé, faculté de Médecine de Sousse-Tunisie, p 28.

OMS, rapport sur la santé dans le monde (2000) p 28, consulté le 20 Avril 2008 au site <http://www.who.int/whr/2000/fr/>.

PARSON, T. (1951) *The Social System* , New York, The Free Press, p 75.

PERNELLE A.Smits, et François CHAMPAGNE, Damien CONTANDRIOPOULOS, Claude SICOTTE, Johanne PREVAL, « *Conceptualizing performance in accreditation* », International Journal for quality in health care Advance Access published, November 17, 2007. PP 1-6.

PRÉSENTATION POWERPOINT, « *Outils qualité, méthode et organisation* » consulté le 21 Janvier 2009 sur le site [www.Fred-DAVI.fr](http://www.Fred-DAVI.fr)

Rapport du GESI sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé, « *Le canevas pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé* », consulté le 28 Novembre 2008. [http://www.who.int/health-systems-performance/sprg/version\\_francais/hspa01\\_canevas.pdf](http://www.who.int/health-systems-performance/sprg/version_francais/hspa01_canevas.pdf).

Revue Jeune Afrique « *Palmarès des pays africains, La Tunisie 4ème au classement général* », cité par le site [webmanagercenter.com](http://webmanagercenter.com) - 14 Mai 2007 site consulté le 18 février 2009.

REY. A, Dictionnaire historique de la langue française, Le Robert, 1993

RICOUARD, Richard, « *Le contrôle interne : une opportunité* », avril 2007, *Économie et finances, Eneux hospitaliers* N°5, pp 17-19.

S. SHORTELL et al, "*The Performance of Intensive Care Units: Does Good Management make a difference ?*" *Médical Care*, Vol.32, N°5, 1994, pp. 508-525.

SICOTTE.C, CHAMPAGNE.F, Contandriopoulos A.-P.et coll, "*A conceptual Framework For the Analysis of Health Care organisations' Performance*" *Health Services Management Research*,N° 11, 1998,P.24 – 48

TEIL, A. (2003). « *Défi de la performance et vision partagée des acteurs*. Lyon: thèse de doctorat en sciences de gestion », Université Jean Moulin-Lyon.

TEIL, A.(1996). « *les services publics en recherche : quelle modernisation ?* » *la documentation française*.

## ANNEXES

### Annexe 1 Caractéristiques des différents systèmes de mesure de la performance

	<b>Amélioration</b>	<b>Imputabilité</b>	<b>Acquisition connaissances</b>
<b>Pour qui?</b>	Professionnels Équipes AQ Administrateurs	Gouvernement Public Assureurs	Scientifiques Public Professionnels et gestionnaires
<b>Pourquoi?</b>	Compréhension des processus Motivation Évaluation des changements But formatif	Comparaison Choix Motivation Génération de changement But sommatif	Créer de nouvelles connaissances  But fondamental
<b>Quoi?</b>			
Indicateurs	Peu	Très peu	Plusieurs
Collecte	Simple	Complexe, efforts modérés	Complexe efforts imp.
Validité	Approximative	Robuste	Très robuste
Période	Courte, actuelle	Longue, passée	Longue, passée
Variables confondantes	À considérer mais rarement mesurées	Décrire et tenter de mesurer	Essentiel de mesurer et d'analyser
<b>Qui?</b>	interne	externe	Externe en contrôle

Source : CHAMPAGNE.François, « La performance hospitalière dans une perspective organisationnelle ; concepts, préférences et enjeux », Université de Montréal, Bruxelles, 27 juin 2006 P. 21.

## Annexe 2 Synthèse des modèles de performance unidimensionnelle

<b>Types de modèles</b>	<b>M. des objectifs rationnels</b>	<b>M. des ressources</b>	<b>M. des relations humaines</b>	<b>M. des processus internes</b>
<b>Auteurs cités</b>	Price (1972) Sherman, (1984) Magnussen (1996), Charnes et Cooper, (1978) Shortell et al (1994)	Moisdon et Tonneau, Durant (1999), Grant (1991), Barney (1995), Cohen et Levinthal (1990)	De Bettignes (1975), Bennis (1966)	Pascal (2000), Diridollou (1997), David (1998), Allison (1971)
<b>Dimension principale de la performance</b>	Atteindre les objectifs rationnels définis en termes d'efficacité productive.	Maximisation des ressources détenues.	Satisfaction des parties prenantes	« bons » processus de production
<b>Critères de la performance</b>	Efficacité et efficacité productive, optimum de Paréto.	Equipements et compétences détenus	Climat social	Respect des processus de production et des standards, processus de décision fluides
<b>Indicateurs de performance</b>	Nombre de journées et d'entrées, durée moyenne de séjour, rapportés au nombre de lits.	Taux d'équipement et coefficient de vétusté, parts de marché.	Taux de rotation du personnel, emplois, indicateurs de satisfaction.	Existence de processus formalisés respectant la standardisation ; qualification des décisions
<b>Leviers d'action</b>	Agir sur la quantité d'intrants et d'extrants.	Stratégie politique, négociation, apprentissage organisationnel	Recherche de congruence entre le fonctionnement de l'établissement et les valeurs des parties prenantes, concertation, implication dans la décision	Formalisation des processus de production et de décision, définition des rôles et des tâches de chacun
<b>Intérêts</b>	Aisément appréhendable et opérationnel	Explication de la tendance des établissements à vouloir plus de ressources	Cette dimension n'est pas négligeable et doit être prise en compte dans l'organisation hospitalière	Enjeu important du processus de décision dans l'organisation sanitaire
<b>Limites</b>	Caractère quantitatif et obtention de résultats différents selon les méthodes utilisées.	Logique de toujours plus.	L'activité de l'hôpital, pour contribuer à la performance du système engendre des contraintes incontournables pour les parties prenantes.	La définition de standards rigidifiant les comportements

Source : Teil .A thèse défi de la performance, 2003, P.230.

Annexe 3 Score moyen de performance en C.Externe, urgence et hospitalisation pas sous dimension et par hôpital.

Sous dimension	Score moyen			
	SAHLOUL	Mongi Slim La marsa	Menzel BOURGUIBA	Hôpital Ras Djebel
Degré de moralité	<u>CE 2.76 +- 0.12</u> U2.47+- 0.12 H-	CE 2.45+- 0.14 U 2.59+- 0.14 H-	CE 1.97 +- 0.15 U2.31+- 0.16 H-	CE 1.43+- 0.15 U 1.71 +- 0.13 H-
Satisfaction globale des conditions d'hospitalisation et du traitement	CE – U- H 2.05 +- 0.15	CE – U- H2.19 +- 0.09	CE – U- H2.21+- 0.12	CE – U- H 1.76 +- 0.14
Aspect logistique	<u>CE 2.99 +- 0.15</u> U 2.62 +- 0.13 H 2.06 +-0.08	CE 2.37+-0.13 U 2.09+- 0.13 H 2.47 +-0.08	CE 2.00+-0.15 U 2.25 +- 0.18 H 2.16 +-0.12	CE 1.44 +- 0.16 U 1.64 0.11 H 1.44 +- 0.08
Qualité technique	CE 1.60+- 0.14 <b>CE 1.60±0.14</b> <b>U 2.41±0.13</b> H -	CE 1.96+-0.14 <b>U 2.20±0.13</b> <b>HCE</b>	CE 1.55+- 0.12 <b>U 1.79±0.14</b> <b>H</b>	CE 1.09+-0.08 <b>U 1.60±0.1</b> <b>H -</b>
Accessibilité	<u>CE 3.31+-0.15</u> <b>U 2.62±0.13</b> <b>H 2.13±0.15</b>	CE 2.48+-0.14 <b>U 2.15±0.14</b> <b>H 2.20±0.14</b>	<u>CE 2.53+-0.15</u> <b>U 2.47±0.16</b> <b>H 1.98±0.15</b>	CE 1.35+-0.14 <b>U 1.62±0.12</b> <b>H 1.21±0.10</b>
Communication	CE 1.63+-0.15 <b>U 2.39±0.12</b> H données non exactes	CE 2.300.0.15 <b>U 2.54±0.13</b> <b>H 0.90±0.06</b>	CE1.86+-0.15 <b>U 2.21±0.15</b> <b>H 0.55±0.10</b>	CE 1.08+-0.1 <b>U 1.82±0.1</b> <b>H 0.80±0.08</b>
Humanisme	<u>CE 2.89+-0.11</u> <u>U 2.94±0.13</u> H 1.29±0.16	CE 2.56+-0.12 <b>U 2.49±0.13</b> <b>H 1.30±0.17</b>	CE 2.03+-0.14 <b>U 2.40±0.16</b> <b>H 2.42±0.28</b>	CE 2.42+-0.17 <b>U 1.81±0.14</b> <b>H 1.36±0.17</b>
Perception de l'amélioration générale de la qualité	CE 0.52+-0.07 <b>U 0.24±0.07</b> H 0.06±0.04	CE 0.64+-0.04 <b>U 0.76±0.03</b> <b>H 0.72±0.25</b>	CE 0.77+-0.04 <b>U 0.66±0.06</b> <b>H 0.53±0.07</b>	CE 0.55+-0.07 <u><b>U 0.38±0.06</b></u> <b>H 0.72±0.02</b>
Continuité	CE 1.39+-0.11 <b>U 1.65±0.14</b>	CE 1.78+-0.12 <b>U 1.96±0.11</b>	CE 1.23+-0.12 <b>U 1.64±0.20</b>	CE 1.07+-0.07 <b>U 1.10±0.06</b>

	<b>H</b> 1.02±0.04	<b>H</b> 1.86±0.14	<b>H</b> 1.52±0.19	<b>H</b> 1.25±0.13
<b>Perception des résultats</b>	CE- <b>U</b> - H 1.77±0.10	CE- <b>UH</b> 1.78±0.12	CE- <b>U</b> - H 1.18±0.08	CE- <b>U</b> - H 1.25±0.09
<b>Satisfaction vis-à-vis du personnel infirmier</b>	CE- <b>U</b> - H 2.12 ±0.13	CE- <b>U</b> - <u>H 2.75±0.08</u>	CE- <b>U</b> - H1.97±0.11	CE- <b>U</b> - H 1.67±0.100
<b>Satisfaction vis-à-vis du personnel médical</b>	<b>CE</b> <b>U</b> - H 1.82±0.10	CE- <b>U</b> <u>H 2.47±0.08</u>	<b>CE</b> <b>U</b> H1.95±0.11	CE- <b>U</b> H 1.46±0.076

Légende : **CE** = Consultation externe ; **U** urgence ; **H** hospitalisation

Annexe 4 Questionnaires utilisés auprès des 4 hôpitaux objets d'études<sup>44</sup>

**Questionnaire 1 : Hospitalisation**

**Page de garde**

- Nom de l'hôpital & nom du service.
- Personne Enquêtée (PI)

**Services**

	Code
<b>Maternité</b>	<b>1</b>
<b>Cardiovasculaires</b>	<b>2</b>
<b>Pédiatrie</b>	<b>3</b>
<b>Chirurgie</b>	<b>4</b>
<b>Réanimation</b>	<b>5</b>
<b>Médecine Générale</b>	<b>6</b>
<b>Gastro</b>	<b>7</b>

**I. Le patient (ou de l'un de ses proches)**

- Age (Age)
- Sexe (sexe)
  - 1. Homme / 2. Femme
- Niveau d'éducation (Niv Edu)
  - 1. Sans éducation / 2. Ecole de courant –avant école primaire- / 3. Primaire / 4. Premier cycle du secondaire / 5. Deuxième cycle du secondaire / 6. Universitaire / 7. autres
- Lieu de résidence
  - Gouvernorat (Gov)
  - Commune (Imd)
- Emploi (Emp)

<sup>44</sup> Questionnaires élaborés et utilisés par l'équipe de l'USI travaillant sur site et analysés par les experts de l'USI en mois de Juin et Juillet où j'ai pu collaborer avec eux au niveau de l'analyse.

- type d'assurance maladie (AM)
  - 1. Soins gratuits / 2. Tarifs réduits / 3. CNAM / 4. Régime spécial (fonctionnaire du Ministère de la santé publique, ministère de l'intérieur / 5. Rien

## I.2. Date d'entrée (date 1) / date de Sortie (date 2) / Durée de Séjour (durée)

II. Q1. Au moment de l'hospitalisation, est-ce qu'on vous a expliqué le motif de votre hospitalisation et combien de jours vous serez hospitalisés ? (Q1)

- Très bien expliqué (1)
- Expliqué (2)
- Explication partielle (3)
- Aucune Explication (4)

Q1.1. Accordez-vous de l'importance à cet aspect ? (Q1. Imp)

- Une très grande importance (1)
- Une grande importance (2)
- Une importance pas grande (minimale) (3)
- Aucune importance (4)

## III. Historique de la maladie

Q.1. Depuis combien de jours sont apparus les symptômes de la maladie (Q2.1)

Q.2. Quelle est la durée en jours entre le début de la maladie et son diagnostique (Q2.2)

Q.3. Quelle est la période (en jours) entre le diagnostic de la maladie et l'hospitalisation (Q2.3)

Q.4. Quelle est la nature de la maladie (Q2.4)

	Code
<b>Accouchement</b>	<b>1</b>
<b>Infection</b>	<b>2</b>
<b>Néphrologie</b>	<b>3</b>
<b>Avortement</b>	<b>4</b>
<b>Appendicite</b>	<b>5</b>
<b>Autres</b>	<b>6</b>
<b>Césarienne</b>	<b>7</b>
<b>Douleurs abdominales</b>	<b>8</b>

<b>Signe sympathique</b>	<b>9</b>
<b>Cardio</b>	<b>10</b>
<b>Infarctus du myocarde</b>	<b>11</b>
<b>Toux</b>	<b>12</b>
<b>Epilepsie</b>	<b>13</b>
<b>Articulation</b>	<b>14</b>
<b>Accident de route</b>	<b>15</b>
<b>Kyste</b>	<b>16</b>
<b>Hépatite</b>	<b>17</b>
<b>Accident de travail</b>	<b>18</b>
<b>Diabète</b>	<b>19</b>
<b>Asthme</b>	<b>20</b>
<b>Hypertension artérielle</b>	<b>21</b>
<b>Brûlures</b>	<b>22</b>
<b>Cancer</b>	<b>23</b>
<b>Diarrhée</b>	<b>24</b>
<b>Anémie</b>	<b>25</b>
<b>Radio</b>	<b>26</b>
<b>Bronchite</b>	<b>27</b>
<b>Allergie</b>	<b>28</b>
<b>Fièvre</b>	<b>29</b>
<b>Hémorragie</b>	<b>30</b>
<b>Douleurs gastriques</b>	<b>31</b>
<b>Infection intestinale</b>	<b>32</b>
<b>Chirurgie</b>	<b>33</b>
<b>Hernie</b>	<b>34</b>
<b>Thyroïde</b>	<b>35</b>

**Q.5.** Quel est le degré de gravité de la maladie (Q2.5)

- N'est pas grave (1)
- Est un peu grave (2)
- Est très grave (3)

#### IV. Evaluation des conditions d'hospitalisation et des soins

**Q.1.** Comment jugez-vous les conditions d'accueil (III.1)

- Très bien
- bien
- moyenne
- Mauvaise

**Q.1.1.** Quelle importance accordez-vous à cet aspect (III.1.1)

- Une très grande importance
- Une grande importance
- Une importance pas grande (minimale)
- Aucune importance

**Q.2.** Comment jugez-vous et/ou vos accompagnants la durée des procédures administratives (III.2)

- Très bien
- bien
- moyenne
- Mauvaise

**Q.2.1.** Quelle importance accordez-vous à cet aspect (III.2.1)

- Une très grande importance
- Une grande importance
- Une importance pas grande (minimale)
- Aucune importance

**Q.3.** Comment jugez-vous les conditions d'attente pour le patient ou ses accompagnants : propreté et confort (III.3)

- Très bien
- bien
- moyenne
- Mauvaise

**Q.3.1.** Quelle importance accordez-vous à cet aspect (III.3.1)

- Une très grande importance
- Une grande importance

- Une importance pas grande (minimale)
- Aucune importance

**Q.4.** Comment évaluez-vous la manière d'orientation du patient et ses accompagnants pour se déplacer facilement dans l'hôpital (III.4):

- Très bien
- bien
- moyenne
- Mauvaise

**Q.4.1.** Quelle importance accordez-vous à cet aspect (III.4.1)

- Une très grande importance
- Une grande importance
- Une importance pas grande (minimale)
- Aucune importance

**Q.5.** Les repas

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Très bien</li> <li>- bien</li> <li>- moyenne</li> <li>- Mauvaise</li> </ul>	<p><b>Q.5.1.</b> Quelle importance accordez-vous à cet aspect</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une très grande importance</li> <li>- Une grande importance</li> <li>- Une importance pas grande (minimale)</li> <li>- Aucune importance</li> </ul>
Les repas sont-ils suffisamment chauds	(Q5 Cha)	(Q5.1 Cha)
La quantité du repas est-elle suffisante	(Q5 Quat)	(Q5.1 Quat)
L'heure de manger	(Q5 Temp)	(Q5.1 Temp)

**Q.6.** Les conditions d'hospitalisation dans les chambres

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Très bien</li> <li>- bien</li> <li>- moyenne</li> <li>- Mauvaise</li> </ul>	<p><b>Q.6.1.</b> Quelle importance accordez-vous à cet aspect</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une très grande importance</li> <li>- Une grande importance</li> <li>- Une importance pas grande (minimale)</li> <li>- Aucune importance</li> </ul>
--	--	--

Condition de repos	(Q6 rep)	(Q6.1 rep)
Propreté	(Q6 pro chamb)	(Q6.1 prp chamb)
Les installations de la chambre	(Q6 equip)	(Q6.1 equip)
Propreté des toilettes et des douches	(Q6 wc)	(Q6.1 wc)
Chauffage et climatisation de la chambre	(Q6 clim)	(Q6.1 clim)
Horaires de nettoyage de la chambre	(Q6 amég)	(Q6.1 amég)

**Q.7. Les infirmiers (Inf)**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Très bien</li> <li>- bien</li> <li>- moyenne</li> <li>- Mauvaise</li> </ul>	<p><b>Q.7.1.</b> Quelle importance accordez-vous à cet aspect</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une très grande importance</li> <li>- Une grande importance</li> <li>- Une importance pas grande (minimale)</li> <li>- Aucune importance</li> </ul>
Les Inf. se sont-ils présentés pour vous	(Q7 Inf1)	(Q7.1 Inf1)
Nombre de visites des inf. pour satisfaire vos besoins	(Q7 Inf2)	(Q7.1 Inf2)
Satisfaction des besoins des patients par les Inf.	(Q7 Inf3)	(Q7.1 Inf3)
Degré de disponibilité des Inf. à la demande des patients	(Q7 Inf4)	(Q7.1 Inf4)
Respect des secrets personnels du patient de la part des Inf.	(Q7 Inf5)	(Q7.1 Inf5)
Les explications données par les Inf. concernant les soins et le suivi du patient	(Q7 Inf6)	(Q7.1 Inf6)
Présence rapide des Inf. lorsqu'ils sont demandés par le patient	(Q7 Inf7)	(Q7.1 Inf7)
Facilité d'avoir les médicaments nécessaires pour éliminer les douleurs ou autres symptômes désagréables	(Q7 Inf8)	(Q7.1 Inf8)
L'humanisme des Inf. lors du traitement des patients	(Q7 Inf9)	(Q7.1 Inf9)
Les explications que donne l'Inf. aux patients ou à	(Q7 Inf10)	(Q7.1 Inf10)

ses accompagnants		
-------------------	--	--

**Q.8. Les médecins (Med.)**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Très bien</li> <li>- bien</li> <li>- moyenne</li> <li>- Mauvaise</li> </ul>	<p><b>Q.7.1. Quelle importance accordez-vous à cet aspect</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une très grande importance</li> <li>- Une grande importance</li> <li>- Une importance pas grande (minimale)</li> <li>- Aucune importance</li> </ul>
Les Med. se sont-ils présentés pour vous	(Q8 Med1)	(Q8.1 Med1)
Degré du respect du patient par le Med.	(Q8 Med2)	(Q8.1 Med2)
Qualification des Med. du côté du diagnostique de la maladie et du traitement	(Q8 Med3)	(Q8.1 Med3)
Les explications données par les Med. au patient ou à ses accompagnants	(Q8 Med4)	(Q8.1 Med4)
Degré du nombre de visites qu'effectuent les Med. au patient	(Q8 Med5)	(Q8.1 Med5)
Facilité accordée aux parents du patient pour rencontrer le Med.	(Q8 Med6)	(Q8.1 Med6)

**Q.9. Globalement, comment évaluez-vous (jugez-vous) les conditions d'hospitalisation et du traitement (Q9 Hosp)**

- Très bien
- bien
- moyenne
- Mauvaise

**Q.10. Selon vous, quelles sont les choses au sujet desquelles vous ou vos proches n'ont pas reçu des explications suffisantes ?**

**Q.10.1. les examens (biologies et radiologies) :** 1. Oui 2. Non (Q10 exa)

**Q.10.2. Résultats des examens :** 1. Oui 2. Non (Q10 diag)

**Q.10.3. La durée probable des jours d'hospitalisation :** 1. Oui 2. Non (Q10 durée)

**Q.10.4. Les risques qui peuvent survenir des quelques examens, de médicaments ou d'opération chirurgicale :** 1. Oui 2. Non (Q10 dang)

**Q.10.5.** Probabilité d'apparition des douleurs à la suite des examens ou d'opération chirurgicale :

1. Oui 2. Non (Q10 douleur)

**Q.10.6.** Votre état de santé : 1. Oui 2. Non (Q10 état)

**Q.10.7.** Autres choses : 1. Oui 2. Non (Q10 autres)

Si oui, expliquer :

**Q.10.7.** Rien de Tout : 1. Oui 2. Non (Q10 Ras)

**Q.11.** Comment jugez-vous votre état de santé après le séjour hospitalier (Q11 Santé)

Très bien amélioré

Amélioré

N'est pas amélioré

Détérioré

**Q.12.** Comment on vous a informé que vous allez quitter l'hôpital et est-ce qu'on vous a expliqué quoi faire après la sortie de l'hôpital (Q12 Suivi)

- Très bien expliqué

- Expliqué

- Explication partielle

- Aucune Explication

**Q12.1.** Accordez-vous de l'importance à cet aspect ? (Q12.1 Suivi)

- Une très grande importance
- Une grande importance
- Une importance pas grande (minimale)
- Aucune importance

**Q13.** Si vous comparez l'hôpital maintenant et son état il y a deux ans, qu'est-ce qui est amélioré :

**Q13.1.** L'accueil : 1. Oui 2. Non (Q13 acc)

**Q13.2.** Vue d'ensemble l'hôpital : 1. Oui 2. Non (Q13 glob)

**Q13.3.** Les conditions du séjour dans la chambre : 1. Oui 2. Non (Q13 cond)

**Q13.4.** La Qualité des repas: 1. Oui 2. Non (Q13 qual)

**Q13.5.** Le chauffage à l'hôpital: 1. Oui 2. Non (Q13 clim)

**Q13.6.** Les renseignements à l'hôpital: 1. Oui 2. Non (Q13 Renseig)

**Q13.7.** Les conditions de propreté à l'hôpital: 1. Oui 2. Non (Q13 prop)

**Q13.8.** Qualité des installations des examens (radiologies) : 1. Oui 2. Non (Q13 qual rad)

- Q13.9. La disponibilité des médicaments: 1. Oui 2. Non (Q13 Médi)
- Q13.10. Le nombre de médecins: 1. Oui 2. Non (Q13 Nb Méd)
- Q13.11. Le nombre de médecins spécialités: 1. Oui 2. Non (Q13 Nb Spe)
- Q13.12. Qualification des médecins: 1. Oui 2. Non (Q13 qual Méd)
- Q13.13. Nombre d'infirmiers: 1. Oui 2. Non (Q13 Nb Inf)
- Q13.14. Respect du malade et ses proches: 1. Oui 2. Non (Q13 respect)
- Q13.15. L'organisation globale à l'intérieur du l'hôpital: 1. Oui 2. Non (Q13 organi)
- Q13.16. Rapprochement des rendez-vous pour les examens: 1. Oui 2. Non (Q13 rendez)
- Q13.17. Réduction de l'attente dans les urgences : 1. Oui 2. Non (Q13 att urgence)
- Q13.18. Réduction de l'attente dans les consultations externes: 1. Oui 2. Non (Q13 att CE)
- Q13.19. Le moral (Moralité) des infirmiers: 1. Oui 2. Non (Q13 Mor Inf)
- Q13.20. Le moral (Moralité) des médecins: 1. Oui 2. Non (Q13 Mor Med)
- Q13.21. La présence continue des infirmiers (lors du besoin) : 1. Oui 2. Non (Q13 disp Inf)
- Q13.22. La présence continue des médecins: 1. Oui 2. Non (Q13 disp Med)
- Q13.23. Qualité des explications données par les infirmiers aux malades: 1. Oui 2. Non (Q13 qual expl)
- Q12.24. Degré de recours au transport des malades vers autres hôpitaux: 1. Oui 2. Non (Q13 Tranf)
- Q12.25. Autres choses à améliorer : 1. Oui 2. Non (Q13 Amélio)

Si, Oui lesquelles : (Q13.1 Amélio)

Q14. Quelles sont selon vous, les recommandations pour améliorer les conditions d'hospitalisation et de soins dans les services (Q14)

	Code
<b>Médicaments</b>	<b>1</b>
<b>Lits + télévision</b>	<b>2</b>
<b>Taxiphone</b>	<b>3</b>
<b>Hygiène (wc)</b>	<b>4</b>
<b>Règlement administratif</b>	<b>5</b>
<b>Comportement avec le malade</b>	<b>6</b>
<b>Douche</b>	<b>7</b>
<b>Attente+rendez vous</b>	<b>8</b>
<b>Plus de médecin</b>	<b>9</b>
<b>Plus appareil médical</b>	<b>10</b>

<b>Accueil+information</b>	<b>11</b>
<b>Améliorer la nourriture</b>	<b>12</b>
<b>Bibliothèque pour les enfants</b>	<b>13</b>
<b>Ambulance</b>	<b>14</b>
<b>Plus d’infirmiers</b>	<b>15</b>
<b>Compétence des médecins</b>	<b>16</b>
<b>Améliorer le service</b>	<b>17</b>
<b>Plus agent sécurité</b>	<b>18</b>
<b>Plus d’intention pour les malades</b>	<b>19</b>
<b>Encombrement</b>	<b>20</b>
<b>Règlement intérieur de l’hôpital</b>	<b>21</b>
<b>Règlement extérieur de l’hôpital</b>	<b>22</b>
<b>Améliorer l’architecture</b>	<b>23</b>
<b>Respect des rendez vous</b>	<b>24</b>
<b>Financement</b>	<b>25</b>
<b>Consultation gratuite</b>	<b>26</b>
<b>Réduire l’intervention</b>	<b>27</b>
<b>Explication des maladies</b>	<b>28</b>

**Questionnaire 2 : Consultation Externe**

**Identification**

- Nom de l'hôpital & nom du service.
- Personne Enquêtée (PI)
- Age (Age)
- Sexe (sexe)
  - 1. Homme / 2. Femme
- Niveau d'éducation (Niv Edu)
  - 1. Sans éducation / 2. Ecole de courant –avant école primaire- / 3. Primaire / 4. Premier cycle du secondaire / 5. Deuxième cycle du secondaire / 6. Universitaire / 7. autres
- Lieu de résidence
  - Gouvernorat (Gov)
  - Commune (Imd)
- Emploi (Emp)
- type d'assurance maladie (AM)
  - 1. Soins gratuits / 2. Tarifs réduits / 3. CNAM / 4. Régime spécial (fonctionnaire du Ministère de la santé publique, ministère de l'intérieur / 5. Rien

**Q1. Avez-vous fait recours aux consultations externes au cours des 12 derniers mois**

1. Oui / 2. Non (Q1)

Si, Oui combien de fois au cours du derniers mois (Q1 Nbre)

**Q7. Comment évaluez-vous les conditions de soins dans les consultations externes**

	- Très bien - bien - moyenne - Mauvaise	<b>Q.2.1.</b> Quelle importance accordez-vous à cet aspect <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une très grande importance</li> <li>- Une grande importance</li> <li>- Une importance pas grande (minimale)</li> <li>- Aucune importance</li> </ul>
--	--	---

Accueil	Q7 Acc	Q7.1 Acc
Déroulement des procédures administratives	Q7 Adm	Q7.1 Adm
Degré de moralité des agents et des infirmiers	Q7 Mor	Q7.1 Mor
Durée d'attente du médecin	Q7 Att	Q7.1 Att
Le temps que consacre le médecin au patient	Q7 Tem	Q7.1 Tem
Qualification des médecins	Q7 Qua	Q7.1 Qua
Les explications données par le médecin au patient ou à ses proches concernant la maladie, les soins et le suivi du patient	Q7 Exp	Q7.1 Exp
Procédures poursuivies pour faire les examens médicaux	Q7 Exa	Q7.1 Exa
Procédures poursuivies pour faire les actes de radiologie	Q7 Rad	Q7.1 Rad

**Q8.** En quittant la consultation, est-ce qu'on vous a expliqué quoi faire par la suite (Q8 Suite)

- Très bien expliqué
- Expliqué
- Explication partielle
- Aucune Explication

**Q8.1.** Accordez-vous de l'importance à cet aspect ? (Q8.1 Suite)

- Une très grande importance
- Une grande importance
- Une importance pas grande (minimale)
- Aucune importance

**Q9. Exa** (Est-ce qu'on vous a demandé des examens médicaux ou des radios : 1. Oui 2. Non (Q9)

**Q9.1.** Ou vous avez fait ces examens médicaux ou ses radios : 1. à l'hôpital 2. A l'extérieur (Q9.1)

**Q9.2.** Le rendez-vous obtenu à l'hôpital : 1. Proche 2. Éloigné (Q9.2)

**Q9.3.** Ya-t-il un médicament prescrit par le médecin et vous étiez obligé de l'acheter de l'extérieur de l'hôpital (Q9.3)

**Q10.** Si vous comparez l'hôpital maintenant et son état il y a deux ans, qu'est-ce qui est amélioré :

**Q10.1.** L'accueil : 1. Oui 2. Non (Q10 acc)

- Q10.2. Vue d'ensemble l'hôpital : 1. Oui 2. Non (Q10 pres)
- Q10.3. Le chauffage à l'hôpital: 1. Oui 2. Non (Q10 chauf)
- Q10.4. Les renseignements à l'hôpital: 1. Oui 2. Non (Q10 recep)
- Q10.5. Les conditions de propreté à l'hôpital: 1. Oui 2. Non (Q10 prop)
- Q10.6. Qualité des installations des examens (radiologies) : 1. Oui 2. Non (Q10 q. rad)
- Q10.7. La disponibilité des médicaments: 1. Oui 2. Non (Q10 Medi)
- Q10.8. Le nombre de médecins: 1. Oui 2. Non (Q10 Nb Med)
- Q10.9. Le nombre de médecins spécialités: 1. Oui 2. Non (Q10 Nb Spec)
- Q10.10. Qualification des médecins: 1. Oui 2. Non (Q10 Qual Med)
- Q10.11. Respect du malade et ses proches: 1. Oui 2. Non (Q10 resp)
- Q10.12. L'organisation globale à l'intérieur du l'hôpital: 1. Oui 2. Non (Q10 organi)
- Q10.13. Rapprochement des rendez-vous pour les examens: 1. Oui 2. Non (Q10 rendez)
- Q10.14. Réduction de l'attente dans les consultations externes: 1. Oui 2. Non (Q10 att urg)
- Q10.15. Le moral (Moralité) des infirmiers: 1. Oui 2. Non (Q10 mor Inf)
- Q10.16. Le moral (Moralité) des médecins: 1. Oui 2. Non (Q10 mor Med)
- Q10.17. La présence continue des infirmiers (lors du besoin) : 1. Oui 2. Non (Q10 disp Inf)
- Q10.18. La présence continue des médecins: 1. Oui 2. Non (Q10 disp Med)
- Q10.19. Qualité des explications données par les infirmiers aux malades: 1. Oui 2. Non (Q10 Qual expl)
- Q10.20. Degré de recours au transport des malades vers autres hôpitaux: 1. Oui 2. Non (Q10 tran)
- Q10.21. Autres choses à améliorer : 1. Oui 2. Non (Q10 Amél)

Si, Oui lesquelles : (Q10 lesaulles)

Q11. Quels sont selon vous, les recommandations pour améliorer les conditions de consultation externe (Q11)

	Code
<b>Médicaments</b>	<b>1</b>
<b>Lits+télévision</b>	<b>2</b>
<b>Taxiphone</b>	<b>3</b>
<b>Hygiène (wc)</b>	<b>4</b>
<b>Règlement administratif</b>	<b>5</b>
<b>Comportement avec le malade</b>	<b>6</b>
<b>Douche</b>	<b>7</b>
<b>Attente+rendez vous</b>	<b>8</b>

<b>Plus de médecin</b>	<b>9</b>
<b>Plus appareil médical</b>	<b>10</b>
<b>Accueil+information</b>	<b>11</b>
<b>Améliorer la nourriture</b>	<b>12</b>
<b>Bibliothèque pour les enfants</b>	<b>13</b>
<b>Ambulance</b>	<b>14</b>
<b>Plus d'infirmiers</b>	<b>15</b>
<b>Compétence des médecins</b>	<b>16</b>
<b>Améliorer le service</b>	<b>17</b>
<b>Plus agent sécurité</b>	<b>18</b>
<b>Plus d'intention pour les malades</b>	<b>19</b>
<b>Encombrement</b>	<b>20</b>
<b>Règlement intérieur de l'hôpital</b>	<b>21</b>
<b>Règlement extérieur de l'hôpital</b>	<b>22</b>
<b>Améliorer l'architecture</b>	<b>23</b>
<b>Respect des rendez vous</b>	<b>24</b>
<b>Financement</b>	<b>25</b>
<b>Consultation gratuite</b>	<b>26</b>
<b>Réduire l'intervention</b>	<b>27</b>
<b>Explication des maladies</b>	<b>28</b>

**Questionnaire 3 : Service des urgences**

**Identification**

- Nom de l'hôpital & nom du service.
- Personne Enquêtée (PI)
- Age (Age)
- Sexe (sexe)
  - 1. Homme / 2. Femme
- Niveau d'éducation (Niv Edu)
  - 1. Sans éducation / 2. Ecole de courant –avant école primaire- / 3. Primaire / 4. Premier cycle du secondaire / 5. Deuxième cycle du secondaire / 6. Universitaire / 7. autres
- Lieu de résidence
  - Gouvernorat (Gov)
  - Commune (Imd)
- Emploi (Emp)
- type d'assurance maladie (AM)
  - 1. Soins gratuits / 2. Tarifs réduits / 3. CNAM / 4. Régime spécial (fonctionnaire du Ministère de la santé publique, ministère de l'intérieur / 5. Rien

**Q7. Avez-vous fait recours au service des urgences**

1. Oui / 2. Non

**Q.8. Comment évaluez-vous les conditions de soins dans les services d'urgences**

	1. Très bien 2. bien 3. moyenne 4. Mauvaise	<b>Q.8.1.</b> Quelle importance accordez-vous à cet aspect  1. Une très grande importance 2. Une grande importance 3. Une importance pas grande (minimale) 4. Aucune importance
--	--	--

Accueil	(Q8. Acc)	(Q8.1 Acc)
Déroulement des procédures administratives	(Q8. Adm)	(Q8.1 Adm)
Degré de moralité des agents et des infirmiers	(Q8. Mor)	(Q8.1 Mor)
Durée d'attente du médecin	(Q8. Att)	(Q8.1 Att)
Le temps que consacre le médecin au patient	(Q8. Tem)	(Q8.1 Tem)
Qualification des médecins	(Q8. Qua)	(Q8.1 Qua)
Les explications données par le médecin au patient ou à ses proches concernant la maladie, les soins et le suivi du patient	(Q8. Exp)	(Q8.1 Exp)
Procédures poursuivies pour faire les examens médicaux	(Q8. Exa)	(Q8.1 Exa)
Procédures poursuivies pour faire les actes de radiologie	(Q8. Rad)	(Q8.1 Rad)

**Q9.** En quittant le service d'urgence, est-ce qu'on vous a expliqué quoi faire par la suite (Q9 Suite)

1. Très bien expliqué
2. Expliqué
3. Explication partielle
4. Aucune Explication

**Q.9.1.** Accordez-vous de l'importance à cet aspect ? (Q9.1 Suite)

1. Une très grande importance
2. Une grande importance
3. Une importance pas grande (minimale)
4. Aucune importance

**Q10.** Si vous comparez le service d'urgence maintenant et son état il y a deux ans, qu'est-ce qui est amélioré :

**Q10.1.** L'accueil : 1. Oui 2. Non (Q10 Acc)

**Q10.2.** Vue d'ensemble l'hôpital : 1. Oui 2. Non (Q10 Presen)

**Q10.3.** Le chauffage à l'hôpital: 1. Oui 2. Non (Q10 Clim)

**Q10.4.** Les renseignements à l'hôpital: 1. Oui 2. Non (Q10 Renseig)

- Q10.5.** Les conditions de propreté à l'hôpital: 1. Oui 2. Non (Q10 Prop)
- Q10.6.** Qualité des installations des examens (radiologies) : 1. Oui 2. Non (Q10 Qual Radi)
- Q10.7.** La disponibilité des médicaments: 1. Oui 2. Non (Q10 Medi)
- Q10.8.** Le nombre de médecins: 1. Oui 2. Non (Q10 Nb Med)
- Q10.9.** Le nombre de médecins spécialités: 1. Oui 2. Non (Q10 Nb Spec)
- Q10.10.** Qualification des médecins: 1. Oui 2. Non (Q10 Qual Med)
- Q10.11.** Respect du malade et ses proches: 1. Oui 2. Non (Q10 Resp)
- Q10.12.** L'organisation globale à l'intérieur du l'hôpital: 1. Oui 2. Non (Q10 Organi)
- Q10.13.** Rapprochement des rendez-vous pour les examens: 1. Oui 2. Non (Q10 Rendez)
- Q10.14.** Réduction de l'attente dans les urgences : 1. Oui 2. Non (Q10 Att urg)
- Q10.15.** Le moral (Moralité) des infirmiers: 1. Oui 2. Non (Q10 Mor inf)
- Q10.16.** Le moral (Moralité) des médecins: 1. Oui 2. Non (Q10 Mor med)
- Q10.17.** La présence continue des infirmiers (lors du besoin) : 1. Oui 2. Non (Q10 disp inf)
- Q10.18.** La présence continue des médecins: 1. Oui 2. Non (Q10 disp med)
- Q10.19.** Qualité des explications données par les infirmiers aux malades: 1. Oui 2. Non (Q10 Qual expl)
- Q10.20.** Degré de recours au transport des malades vers autres hôpitaux: 1. Oui 2. Non (Q10 trans)
- Q10.21.** Autres choses à améliorer : 1. Oui 2. Non (Q10 amélio)

Si, Oui lesquelles : (Q10 lesquelles)

**Q11.** Quels sont selon vous, les recommandations pour améliorer les conditions de soins dans le service d'urgence (Q11)

	Code
<b>Médicaments</b>	<b>1</b>
<b>Lits+télévision</b>	<b>2</b>
<b>Taxiphone</b>	<b>3</b>
<b>Hygiène (wc)</b>	<b>4</b>
<b>Règlement administratif</b>	<b>5</b>
<b>Comportement avec le malade</b>	<b>6</b>
<b>Douche</b>	<b>7</b>
<b>Attente+rendez vous</b>	<b>8</b>
<b>Plus de médecin</b>	<b>9</b>

<b>Plus appareil médical</b>	<b>10</b>
<b>Accueil+information</b>	<b>11</b>
<b>Améliorer la nourriture</b>	<b>12</b>
<b>Bibliothèque pour les enfants</b>	<b>13</b>
<b>Ambulance</b>	<b>14</b>
<b>Plus d'infirmiers</b>	<b>15</b>
<b>Compétence des médecins</b>	<b>16</b>
<b>Améliorer le service</b>	<b>17</b>
<b>Plus agent sécurité</b>	<b>18</b>
<b>Plus d'intention pour les malades</b>	<b>19</b>
<b>Encombrement</b>	<b>20</b>
<b>Règlement intérieur de l'hôpital</b>	<b>21</b>
<b>Règlement extérieur de l'hôpital</b>	<b>22</b>
<b>Améliorer l'architecture</b>	<b>23</b>
<b>Respect des rendez vous</b>	<b>24</b>
<b>Financement</b>	<b>25</b>
<b>Consultation gratuite</b>	<b>26</b>
<b>Réduire l'intervention</b>	<b>27</b>
<b>Explication des maladies</b>	<b>28</b>

**Questionnaire 4 : Personnel**

**Êtes-vous satisfait**

**Très  
insatisfait**

**Très  
satisfait**

1- de la façon dont vous pouvez utiliser vos différentes compétences dans votre travail ?	1	2	3	4	5
2- de votre contribution dans les soins et services apportés aux patients?	1	2	3	4	5
3- généralement de ce que vous avez effectués à la fin d'une journée de travail ?	1	2	3	4	5
4- du niveau de soins fourni aux patients ?					
5- de l'accomplissement personnel obtenu dans la réalisation de votre travail ?	1	2	3	4	5
6- du degré d'indépendance et d'autonomie dont vous disposez ?	1	2	3	4	5
7- du temps qui vous est alloué pour offrir des soins et des services appropriés aux patients ?	1	2	3	4	5
8- du temps qui vous est alloué pour faire entièrement votre travail ?	1	2	3	4	5
9- du nombre d'heures que vous consacrez aux tâches administratives ?	1	2	3	4	5
10- du support et de l'assistance obtenus de votre superviseur ?	1	2	3	4	5
11- du support apporté par vos collègues?					
12- des opportunités dont vous disposez pour discuter des différentes difficultés que vous rencontrés lors de la réalisation de votre travail ?	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
13- de la qualité de la supervision que vous avez dans la réalisation de votre travail ?					
14- de la façon dont votre supérieur immédiat vous traite ?	1	2	3	4	5
15- de votre sentiment d'appartenance à une équipe de travail solidaire ?	1	2	3	4	5
16- de la perception portée par vos collègues sur le travail que vous faites ?	1	2	3	4	5

- 17- de votre position hiérarchique actuelle ?
- 18- de votre salaire comparativement à ce que vous apportez à votre hôpital ?
- 19- de vos chances d'avancement professionnel ?
- 20- de votre sécurité d'emploi dans cet hôpital ?
- 21- de la façon dont les choses se projettent pour vous dans l'avenir de cet hôpital ?
- 22- des opportunités qui vous sont offertes pour accéder à un programme de formation continue dans votre travail?
- 23- du support financier et de la flexibilité qui vous sont offertes pour entreprendre des programmes de formation continue ?
- 24- de l'adéquation entre votre formation et le travail que l'on vous demande de faire actuellement ?

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

***Jusqu'à quel point les énoncés suivants reflètent-ils***

***la situation actuelle à l'hôpital?***

**Pas** **Tout**  
**du tout** **à fait**

- 25- Les services sont équitables, i.e. tous les cas semblables sont traités de la même façon
- 26- L'hôpital est organisé pour produire le maximum en fonction des ressources investies
- 27- L'hôpital est organisé pour éviter le plus possible de causer du tort aux patients et au personnel
- 28- L'hôpital et son personnel sont au service du public
- 29- L'hôpital fonctionne de façon intégrée avec les autres composantes du système
- 30- L'hôpital adapte ses services aux besoins de la population
- 31- L'hôpital est axé sur le patient
- 32- La qualité technique des soins est très élevée

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

- 33- Les ressources sont allouées en fonction de critères de résultats
- 34- Les individus ont généralement la capacité de changer les choses

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

***Jusqu'à quel point les énoncés suivants reflètent-ils la situation actuelle dans le système de santé en Tunisie?***

**Pas  
du tout** **Tout  
à fait**

- 35- Le système est réellement décentralisé
- 36- La confiance règne
- 37- Les hôpitaux sont autonomes
- 38- Le système est géré en respectant les droits et règles de façon transparente
- 39- La gestion des hôpitaux est libre d'ingérence politique
- 40- L'ensemble des acteurs concernés participent à la gestion du système

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6