

**Royaume du Maroc
Ministère de la Santé**

Institut National d'Administration Sanitaire

Centre Collaborateur de l'O.M.S

**Huitième Cours de Maîtrise en Administration Sanitaire
et Santé Publique
(2004-2006)**

**ELABORATION ET IMPLANTATION DU TABLEAU DE
BORD DE GESTION DES DEPARTEMENTS CLINIQUES
D'HOSPITALISATION.**

**(Cas du département de médecine)
(Hôpital Hassan II Settat)**

**Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Maîtrise
en Administration Sanitaire et Santé Publique**

Option : Administration Sanitaire

Elaboré par : M. Ahmed MAKANI

Juillet 2006

Résumé

L'avènement de la réforme hospitalière est une occasion pour l'hôpital Hassan II de Settat de se réaménager, se réorganiser et s'approprier des nouveaux outils de planification et de suivi des activités. Dans une première étape ces outils se sont limités aux services de gestion à savoir la direction, le SAA, le SAM, le SSI et l'étape suivante va intéresser le niveau opérationnel. Ces outils sont : le projet d'établissement hospitalier (la planification stratégique), l'organigramme hospitalier, le règlement intérieur des hôpitaux (la réorganisation administrative et technique), les manuels et procédures de gestion financière et comptable et les outils de gestion des ressources humaines. Ce résultat positif a creusé un fossé dans le processus gestionnaire entre les structures stratégiques (l'équipe de direction, le SAA, le SAM, le SSI) et les départements cliniques d'hospitalisation qui sont les principales productrices des soins.

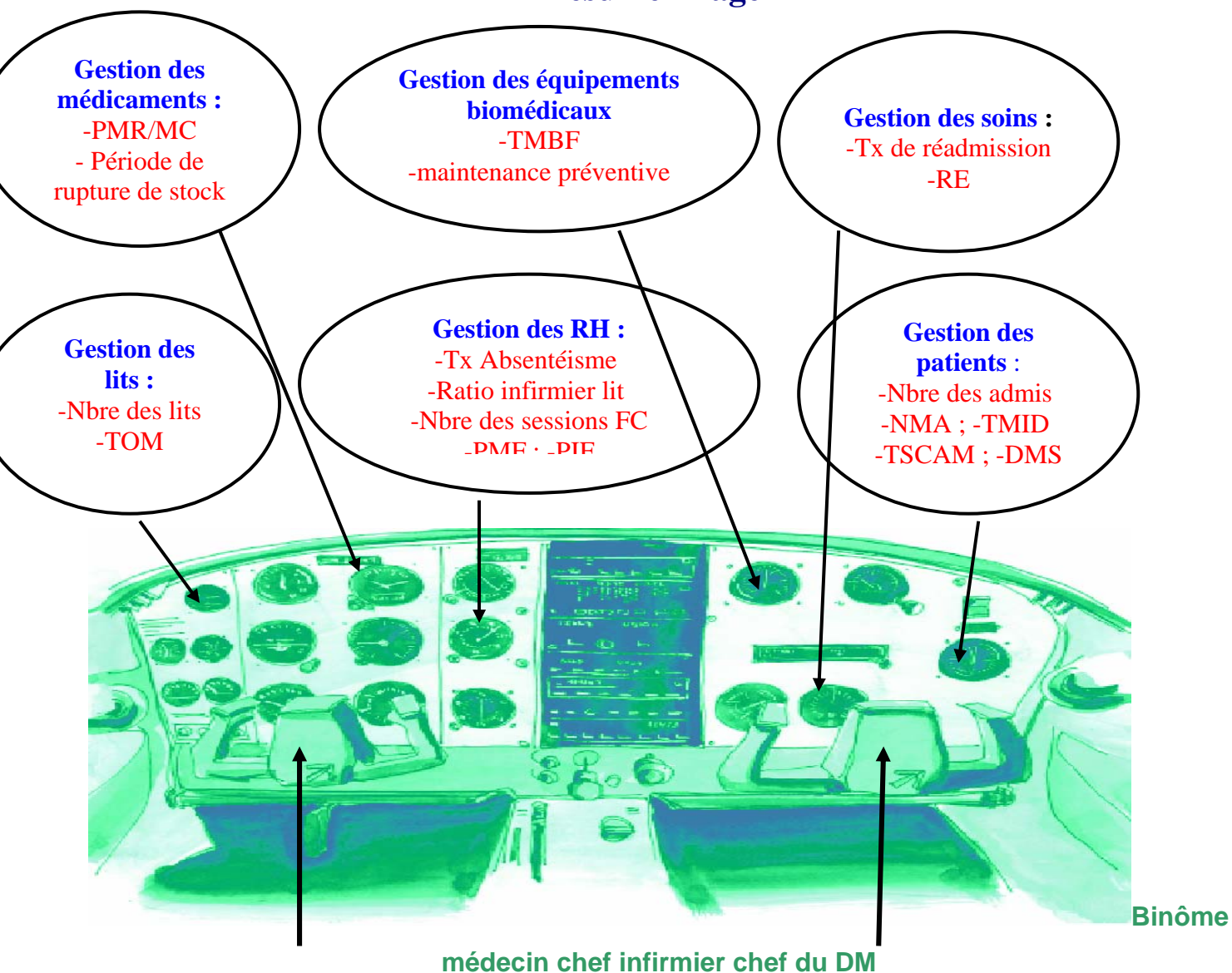
Cet humble travail contribuera à réduire ce fossé dans la mesure où le tableau de bord de gestion du département de médecine (TBGDM) est construit, par et en collaboration avec les utilisateurs, avec des variables porteuses des dysfonctionnements identifiées et des indicateurs pertinents et sur la base d'interprétation commune. Ce TBGDM contient des indicateurs qui synthétisent l'information et permettent de la visualiser afin d'agir efficacement.

L'élaboration et l'implantation du TBGDM sont le fruit d'un travail d'équipe avec la participation effective des professionnels au niveau de ce département. L'encadrement du maître de stage, le suivi des travaux par le comité de pilotage et le comité de stage de l'INAS et les orientations des responsables de la DHSA ont été des enseignements précieux pour la réalisation de ce projet. Le TBGDM est construit par la définition des objets de gestion, la formulation des objectifs, le choix des indicateurs, le repère de l'origine des données dans le système d'information utilisé, l'identification des utilisateurs, la détermination de la périodicité de mesure, le mode de calcul et enfin le clignotant qui attire l'attention des décideurs pour agir. Les résultats seront présentés dans des tableaux et des graphiques correspondants.

Mots-clés :

Département clinique, Tableau de bord, indicateur, performance,

Résumé imagé



Le TBGDM s'exprime au travers d'un nombre d'indicateurs d'une manière concentrée et précise sur les objets de gestion et la performance du département de médecine

Liste des sigles utilisés

Adm	:	Admission
An	:	Année en cours
A-3	:	Années en cours moins trois années
A-2	:	Années en cours moins deux années
A-1	:	Années en cours moins une année
AMO	:	Assurance maladie obligatoire
BAF	:	Bureau des admissions et de facturation.
CA	:	Congé annuel
CG	:	Comité de gestion
CHP	:	Centre hospitalier provincial
CE	:	Comité d'établissement
CMC	:	Commission médicale consultative
CI	:	Conseil des infirmiers
CP	:	Comité du projet
CMDP	:	Conseil des médecins dentistes et pharmaciens
DM	:	Département de médecine
DC	:	Département de chirurgie
DU	:	Département des urgences
DME	:	Département mère enfant
DMT	:	Département médicoteknique
DUSI	:	Département des urgences et soins intensifs
DSA	:	Département des soins ambulatoires
DD	:	Département de diagnostic
DMS	:	Durée moyenne de séjour
DHSA	:	Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires
ECG	:	Eléctro-cardiogramme
FC	:	Formation continue
FST	:	Faculté des sciences et technique
GMH	:	Groupe homogène de malades
GRH	:	Gestion des ressources humaines
IDE	:	Infirmier diplômé d'Etat
IFCS	:	Institut de formation aux carrières de santé

JH	:	Journée d'hospitalisation
ITA	:	Institut de technologie appliquée
INAS	:	Institut National d'Administration Sanitaire
MC	:	Médicaments commandés
MC/IC	:	Médecin chef/infirmier chef
MS	:	Ministère de la santé
Nbre	:	Nombre
NMA	:	Nombre moyen d'admission
NP	:	Non planifié
ORL	:	Oto-rhino-laryngologie
PEH	:	Projet d'établissement hospitalier
PFGSS	:	Projet de financement et de gestion du secteur de la santé
PMR	:	Proportion des médicaments reçus
PMF	:	Proportion des médecins formés
PIF	:	Proportion des infirmiers formés
RE	:	Ratio d'escarre
RH	:	Ressources humaines
RIH	:	Règlement intérieur des hôpitaux
RAMED	:	Régime d'assurance maladie aux économiquement démunis
SAA	:	Service des affaires administratives
SCAM	:	Sortie contre avis médical
SAM	:	Service des affaires médicales
SIGho	:	Système d'information et de gestion hospitalière
SSI	:	Service de soins infirmiers
SEGMA	:	Services d'état géré de manière autonome
SEIS	:	Service des études et de l'information sanitaire
SMT	:	Services médicotechniques
TB	:	Tableau de bord
TBGDC	:	Tableau de bord de gestion des départements cliniques
TBGDM	:	Tableau de bord de gestion du département de médecine
TMBF	:	Temps moyen du bon fonctionnement
TMID	:	Taux de mortalité intra-départemental
TOM	:	Taux d'occupation moyenne

UCRS	:	Unité de communication et des relations sociales
UFI	:	Unité financière et informationnelle
UMER	:	Unité de mise en œuvre de la réforme
URH	:	Unité des ressources humaines
UTM	:	Unité technique et de maintenance

Table des figures :

	Pages
Figure n° 1 : Articulation des départements de l'hôpital Hassan II de Settat	10
Figure n° 2 : Démarche du travail	15
Figure n° 3 : Rôles du tableau de bord	20
Figure n° 4 : Les six facettes d'un bon objectif	23
Figure n° 5 : Elaboration du Tableau de Bord	25
Figure n° 6 : Les six facettes d'un bon indicateur	30
Figure n° 7 : Modèle de Kaplan et Norton	32
Figure n° 8 : Cadre général du travail	34
Figure n° 9 : Structure du projet	35
Figure n° 10 : Canevas d'élaboration du tableau de bord	36
Figure n° 11 : Principaux objets de gestion du binôme MC/IC du DM	38

Table des tableaux

Tableau n° i : L'outil de suivi systématique des dossiers : Comité de direction	05
Tableau n° ii : Capacité litière et le TOM pour chaque spécialité	41
Tableau n° iii : TB proposé pour la gestion des lits	43
Tableau n° iv : Admissions, DC, transferts, SCAM et le séjour (année 2005)	45
Tableau n° v : TB de gestion des patients par la variable admission	46
Tableau n°vi : TB de gestion des patients par la variable mortalité	48
Tableau n°vii : TB de gestion des patients par la variable SCCAM	49
Tableau n° viii : TB de gestion des patients par la variable séjour	51
Tableau n° ix : TB gestion des ressources humaines par la variable absentéisme	54
Tableau n° x : TB gestion des ressources humaines par la variable FC	56
Tableau n° xi : TB gestion des médicaments	60
Tableau n° xii : TB gestion des soins par les variables réadmission et escarre	62
Tableau n° xiii : TB gestion des équipements biomédicaux	64
Tableau n° xiv : TB gestion du département de médecine	65

Table des graphiques :

Graphique n° 1 : Répartition des lits par spécialité	40
Graphique n° 2 : Bon pilotage de la capacité litière par spécialité en fonction du TOM	44
Graphique n° 3 : Bon pilotage des admissions	47
Graphique n°4 : Bon pilotage des décès	48
Graphique n° 5 : Bon pilotage des SCAM	50
Graphique n° 6 : Congés Annuels	52
Graphique n° 7 : Bon pilotage des CA	54

Table des matières

Introduction

I. Contexte du projet :	4
1. Contexte général : L'hôpital Hassan II de Settat	4
2. Contexte particulier : département de médecine	10
II. Problématique.	13
III. Objectifs du projet et résultats attendus	14
IV. Méthode et démarche utilisées	15
V. Synthèse de la bibliographie : département clinique, tableau de bord, Indicateurs, performance.	16
1. Département clinique	16
2. Tableau de bord	19
3. Indicateur	27
4. Performance	31
VI. Elaboration et implantation du tableau de bord	33
1. Etape de préparation organisationnelle du projet	33
1.1. Cadre du travail	33
1.2. Structure du projet	35
2. Etape d'identification des objets de gestion, des objectifs et des indicateurs	36
3. Etape du design et l'information des tableau de bords	39
3.1. TB de gestion des lits	39
3.2. TB de gestion des patients	44
3.3. TB de gestion des ressources humaines	51

3.4. TB de gestion des médicaments	57
3.5. TB de gestion des soins	60
3.6. TB de gestion des équipements biomédicaux	62
4. Etape du design du tableau de bord de gestion du département de médecine	64
5. Etape de mise en œuvre	67
VII. Limites et contraintes.	67
VIII. Recommandations et propositions.	68
Conclusion	
Bibliographie	
Annexes	

Introduction

Le changement que requiert l'hôpital Marocain s'adapte aux nouvelles orientations qui se résument dans la performance exigée par les différents intervenants et dans la concurrence qui ne cesse de s'amplifier. Ce changement s'appuie sur l'implication des gestionnaires à tous les niveaux que se soient stratégiques, intermédiaires ou opérationnels. Une nouvelle organisation des services de soins en départements est une démarche de prolongement des efforts déployés dans le cadre de la réforme hospitalière. Elle responsabilise les médecins chefs et les infirmiers chefs des départements dans le processus gestionnaire. L'hôpital Hassan II de Settat a été ciblé par la réforme hospitalière (composante I du PFGSS : Renforcement de la gestion hospitalière et de la qualité des soins) menée par les pouvoirs publics dont les objectifs sont :

- Moderniser l'hôpital par la rénovation des bâtiments et de la technologie biomédicale.
- Rendre l'hôpital compétitif par l'amélioration de la qualité des soins et des services.
- Développer l'autonomie hospitalière par la planification stratégique hospitalière (PEH) et la contractualisation.
- Améliorer le management de l'hôpital par la formation des gestionnaires hospitaliers, la mise en place d'outils de gestion hospitalière, la mise en place d'un système d'analyse et d'évaluation des performances de l'hôpital et développement des mécanismes d'accréditation.
- Préparer la mise en place de l'AMO et du RAMED par l'estimation des coûts et facturation des actes.

Les interventions mises en place se résument dans le réaménagement des bâtiments, l'acquisition des équipements biomédicaux, la gestion des ressources humaines, la gestion financières et comptable, la réorganisation administrative et technique, et la planification stratégique.

Les efforts déployés au niveau stratégique de l'hôpital sont en cours de finalisation nonobstant les départements cliniques d'hospitalisation qui représentent les lieux de production des soins et services doivent s'organiser pour mieux suivre le processus gestionnaire. La gestion efficace, efficiente et harmonieuse des départements cliniques d'hospitalisation nécessite des outils de planification et de suivi de l'activité. Cette dernière peut être augmentée ou diminuée, coûteuse ou non coûteuse, de bonne qualité ou de mauvaise qualité.

Les outils de planification et de suivi des activités sont le tableau de bord (TB) qui est le miroir de la gestion du département clinique d'hospitalisation cœur du système d'information des soins cliniques, les

registres du service qui contiennent des informations en nombre réduit, les dossiers patients et différents systèmes d'informations en fonction de l'activité en question.

Le tableau de bord de gestion vise à mesurer régulièrement l'état d'avancement de l'exécution des activités d'une organisation. Les responsables des départements cliniques d'hospitalisation en ont besoin pour gérer les ressources et satisfaire la mission, les objectifs et les valeurs de l'hôpital. Le tableau de bord de gestion permet d'avoir une meilleure connaissance de l'activité des services par rapport à une référence extérieure (nationale) par rapport aux autres services ou la comparaison des tendances temporelles.

Les responsables des départements cliniques d'hospitalisation qui sont les médecins chefs et les infirmiers chefs souvent accusés d'être rétifs à toute démarche gestionnaire alors qu'ils se trouvent dépourvus d'outils leur permettant de maîtriser et d'analyser leurs activités.

Pour la réalisation de ce projet le recours combiné à divers outils a été nécessaire :

- L'adoption de la démarche projet.
- L'observation au sein de l'hôpital et du département de médecine ponctuée d'entretiens avec les professionnels.
- Des rencontres avec les responsables au niveau des services centraux, provinciaux et hospitaliers (médecins, infirmiers et administrateurs).
- La documentation sur les thématiques se rapportant au sujet traité.

Ce travail est réalisé avec une démarche participative avec les professionnels des départements cliniques d'hospitalisation et les responsables des services de gestion (Voir annexe n°1). Il est structuré comme suit :

- Une présentation des structures stratégiques et intermédiaires de l'hôpital avec la nouvelle réorganisation et le nouveau mode de gestion.
- Une présentation du département de médecine site du projet ainsi que les caractéristiques de la départementalisation.
- Une revue de la littérature qui nous a aidée à mieux communiquer et à mieux comprendre les concepts du tableau de bord. Ces concepts constituent la charpente du projet et des sessions de formation continue pour les membres du groupe de travail.
- Une organisation structurelle qui met en évidence le cadre général et les règles de travail.

- Une démarche concertée avec les professionnels des départements cliniques d'hospitalisation pour l'élaboration et l'implantation du tableau de bord de gestion du département de médecine.

Pour élaborer un TB, il est nécessaire d'identifier les objets de gestion, définir les variables à l'étude, déterminer les indicateurs nécessaires et disponibles, construire le design du TB et mettre en œuvre le TB.

Contexte du projet

1. Contexte général : L'hôpital Hassan II de Settat

L'hôpital Hassan II de Settat a été construit en 1964 sur une superficie de 5752m². Il comprenait les disciplines de base : médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique et la pédiatrie. Actuellement en plus de ces disciplines on compte la chirurgie infantile, l'ORL, l'ophtalmologie, la dermatologie, la stomatologie, la neurologie, l'endocrinologie, la radiologie, la médecine interne, la traumatologie, les soins intensifs, la gastroentérologie, la cardiologie, l'urologie, la rhumatologie, la biologie, la pneumologie, néphrologie, et la neurochirurgie. Il est érigé en mode SEGMA en 1995. Il est réorganisé en CHP en 1998 en regroupant l'hôpital Hassan II de Settat, l'hôpital Errazi de Berrechid et l'hôpital de Ben Ahmed. Son architecture est pavillonnaire avec une cave, réez- de- chaussée et cinq pavillons circulaires. Il a un effectif global du personnel de 307 et compte 26% des personnels administratifs, 20% du corps médical et 54% du corps infirmier. En plus des fonctionnaires de l'hôpital il y a des étudiants en médecine, de l'IFCS du ministère de la santé, de l'école privée des infirmiers (es), de la FST et de l'ITA. L'effectif total de ces étudiants présents par jour est environ de 100 personnes. Sa capacité litière est de 233 lits. En 2005 on compte 15500 admis avec 65000 journées d'hospitalisations, un coefficient de rotation de 66, une DMS de 4 jours, un TOM de 76%. Le taux de mortalité intra hospitalière est de 17%. Les consultations spécialisées externes sont à l'ordre de 32000. Le budget de fonctionnement dont la masse salariale est exclue est à l'ordre de 7.550.000.00 DH/an. La population desservie est à l'ordre de 956 904 habitants.

1.1. Missions, valeurs et vision

L'hôpital Hassan II de Settat a des missions, des valeurs et une vision ;

Les missions sont le diagnostic, le traitement et soins d'urgences, l'hébergement des malades, des blessés et des parturientes, et centre d'expertise et de formation .

Les valeurs sont l'esprit d'équipe, la responsabilité, l'imputabilité, l'approche qualité, l'initiative, l'autoévaluation, l'innovation, la communication et l'information.

La vision : CHP se prépare pour devenir un centre hospitalier régional, accrédité, compétitif, dispensant des soins de qualité.

1.2 Organisation et fonctionnement

L'hôpital dispose d'une nouvelle organisation administrative et technique, un organigramme (Voir annexe No 2), un règlement intérieur des hôpitaux, des nouvelles structures et de nouveaux outils de gestion des ressources humaines (plan d'effectif, planification horaire de travail, planning des congés...) et financière

et comptable (des manuels et procédures). Il fonctionne conformément aux orientations stratégiques tracées par le projet d'établissement hospitalier 2003-2007

1.3. Les structures de gestion de l'hôpital

1.3.1. La direction

Le directeur est assisté dans ses fonctions par un staff qui se compose du chef de SAA, SSI, SAM et par des instances décisionnelles qui sont le comité d'établissement et le comité de gestion et des instances consultatives qui sont le conseil des médecins dentistes et des pharmaciens et le conseil des infirmiers (es). Il est à noter que le Staff de la direction a un programme préétabli des réunions. Il a une vision de gestion prévisionnelle et une planification à long terme. L'outil utilisé par le comité de direction pour le suivi des différents dossiers est le suivant :

**Tableau n°i : L'outil de suivi systématique des dossiers-
Comité de direction de l'hôpital Hassan II de Settat**

Titre de dossier	Responsable et principaux collaborateurs	Prochains résultats attendus	Critères d'appréciation	Suivi de la réunion	Date Observation	Solutions envisagées

Cet outil permet le maintien d'une cadence équilibrée des réunions, un climat d'ouverture d'esprit, le résumé des progrès des différents dossiers, la responsabilisation des membres de la direction et précise les actions à entreprendre.

Le directeur de l'hôpital assure la coordination et la surveillance de l'activité clinique et administrative exercée à l'hôpital. Son rôle est principalement d'orchestrer les activités de l'établissement de manière à répondre aux besoins de la population dans le respect de la mission de l'établissement et en complémentarité des autres dispensateurs de soins. Il est également responsable de faire appliquer les politiques et orientations nationales. Il représente son établissement auprès des différentes instances. Il identifie les principaux problèmes qui seront adressés au comité de gestion. Il coordonne les travaux des principaux comités et conseils (CG, CE, CMDP et CI).

Une nouvelle structure est rattachée directement à la direction qui est l'unité de communication et des relations sociales (l'UCRS). Le responsable a comme attributions l'établissement des relations

fonctionnelles avec l'ensemble des services, l'élaboration des stratégies de communication interne et externe et le soutien des services cliniques et administratifs dans l'élaboration de leur plan de communication.

2.3.2. Le service des affaires administratives

Au sommet stratégique de ce service il y a le chef du service. Il est assisté dans ses fonctions par des chefs d'unités à savoir celui des ressources humaines, technique et maintenance, et financière et informationnelle.

2.3.2.1. L'unité des ressources humaines

Le chef d'URH est placé sous l'autorité hiérarchique du chef d'unité du SAA. Il planifie, dirige, et contrôle l'ensemble des activités relatives à la gestion des ressources humaines dans le but d'assurer une performance optimale de la part des individus dans un milieu de travail favorable. Il coordonne l'ensemble des tâches administratives incluant la gestion du système d'information en GRH et des autres moyens utilisés pour la production des services en RH. Cette unité est organisée selon une hiérarchie (Voir annexe No 3).

2.3.2.2. L'unité financière et informationnelle

Le chef d'UFI est sous l'autorité du chef du SAA. Il planifie, organise, dirige et contrôle les activités de son unité à savoir la gestion budgétaire, la comptabilité, l'approvisionnement, et les statistiques. Il assure la mise en place des mécanismes de contrôle interne en conformité avec les règlements, les directives, les circulaires et les procédures.

2.3.2.3. L'unité technique et de maintenance

Le chef d'UTM est sous l'autorité du chef du SAA. Il a des responsabilités spécifiques à la gestion financière et comptable des immobilisations. Il identifie les immobilisations qui ont atteint leur durée de vie utile à partir du registre d'inventaire des immobilisations. Il établit l'état de vétusté des équipements de l'hôpital. Il donne des conseils aux gestionnaires sur l'identification des besoins des immobilisations de leur unité respective. Il participe à la préparation du cahier des prescriptions spéciales en vue de définir les spécifications des immobilisations faisant l'objet d'une acquisition. Il vérifie, contrôle et s'assure du bon fonctionnement des immobilisations reçues. Il réceptionne et contrôle toutes les nouvelles immobilisations acquises par l'hôpital.

2.3.3 Le service des affaires médicales

Ce service est instauré par la nouvelle réorganisation administrative et technique. Il est sous la responsabilité d'un médecin qui est nommé par note du délégué sur proposition du directeur de l'hôpital. Le médecin chef du SAM coordonne l'activité professionnelle et scientifique de l'hôpital. Il assure la gestion des soins médicaux et des activités départementales. Il assure la planification et la gestion des ressources de chaque département en collaboration avec les autres services (SSI, SAA). Il s'assure de la cohérence de la programmation des activités cliniques de l'établissement et du respect de la mission de l'hôpital. Le SAM comprend 03 unités de gestion qui sont en pleine structuration à savoir l'unité de gestion des soins médicaux et des activités départementales, l'unité de planification et gestion des ressources et l'unité de formation continue. Les responsables de ces unités sont nommés par note du délégué sur proposition du directeur de l'hôpital. Ils ne sont pas encore imprégnés sur les nouvelles responsabilités. Ils travaillent à mi-temps au niveau du SAM.

2.3.4. Le service des soins infirmiers

Ce service date depuis 1993 suite à la circulaire du ministre de la santé 1993. Il vient d'être renforcé par le nouvel organigramme. Le chef du SSI qui est infirmier cadre est assisté par 03 infirmiers (02 infirmiers cadres et 01 IDE). Le chef du SSI dirige, coordonne, supervise et évalue les activités des unités de soins. Il s'assure de l'élaboration des règles de soins infirmiers qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services de qualité aux usagers ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement. Il s'assure de la cohérence de la programmation des activités cliniques et du respect de la mission de l'hôpital en collaboration avec le service des affaires médicales.

Les unités de gestion du SSI sont au nombre de cinq à savoir l'unité de planification et gestion des ressources des unités de soins, l'unité de gestion des soins infirmiers, l'unité de l'hygiène hospitalière, l'unité de formation continue et l'unité de nutrition clinique. Un organigramme en annexe explicite cette organisation (voir Annexe No 4).

1.4. Les comités et les conseils

1.4.1. Les comités

1.4.1.1. Le comité d'établissement

Le comité d'établissement comprend le président qui est le directeur de l'hôpital, Les 3 chefs de services (SAM, SSI, SAA), les présidentes du CMDP et du CI. Il se prononce sur les orientations de l'hôpital en matière de planification stratégique. Il vérifie les rapports d'activités et d'analyse de la performance et de la

qualité. Il valide le projet du plan d'action annuel. Il formule des avis sur le déroulement des activités sur l'utilisation des ressources, sur le regroupement de départements et sur le nombre d'unités de soins et de services.

1.4.1.2. Le comité de gestion

Ce comité est présidé par Mr le délégué du MS à la province de Settat. Il a la responsabilité du bon déroulement de tous le processus budgétaire. Il s'assure de l'adéquation entre les ressources disponibles et les dépenses planifiées et valide le budget à présenter au comité d'établissement et les grandes orientations du CHP.

1.4.1.3. Le comité de projet

La composition, la durée de validité et les fonctions du CP sont définies en fonction de la nature du projet. Un comité de PFGSS est déjà fonctionnel depuis l'an 2000 et assure le pilotage de PFGSS. Ce comité comprend des responsables de la délégation, de l'hôpital et un monsieur PFGSS. Ce dernier est responsable de toute la documentation et coordonne toutes les activités du projet : c'est un point focal. Ce comité a des fonctions et des relations qu'on peut résumer selon le schéma synoptique en annexe (Voir annexe No 5).

1.4.2. Les conseils

1.4.2.1. Le conseil des médecins dentistes et pharmaciens

Il est institué au sein de l'hôpital un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Cette nouvelle structure remplace la CMC. Il comprend des chefs de départements médicaux et du chef du service des affaires médicales et un représentant de chaque discipline médicale existante à l'hôpital. Le CMDP est chargé de contrôler et apprécier la qualité y compris la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques effectués au sein de l'hôpital. Il évalue et assure le développement de la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens de l'hôpital. Le CMDP donne son avis écrit sur toutes mesures de soutien ou disciplinaires susceptibles d'être appliquées à un médecin, dentiste ou pharmacien de l'hôpital. De manière générale le conseil des médecins statue sur tous les aspects relatifs à l'exercice de la profession médicale au sein de l'hôpital (RIH).

1.4.2.2. Le conseil des infirmiers

Il se compose de l'ensemble des infirmiers diplômés d'état toutes options et les infirmiers auxiliaires qui exercent à l'hôpital. Le conseil des infirmiers est chargé de contrôler et apprécier la qualité des soins

infirmiers y compris la pertinence des actes infirmiers effectués à l'hôpital. Il évalue et soutient le développement de la compétence des infirmiers qui exercent à l'hôpital. Il donne son avis sur les questions touchant la gestion des ressources humaines. De manière générale le conseil des infirmiers statue sur tous les aspects relatifs à l'exercice de la profession infirmière y compris les aspects disciplinaires (RIH).

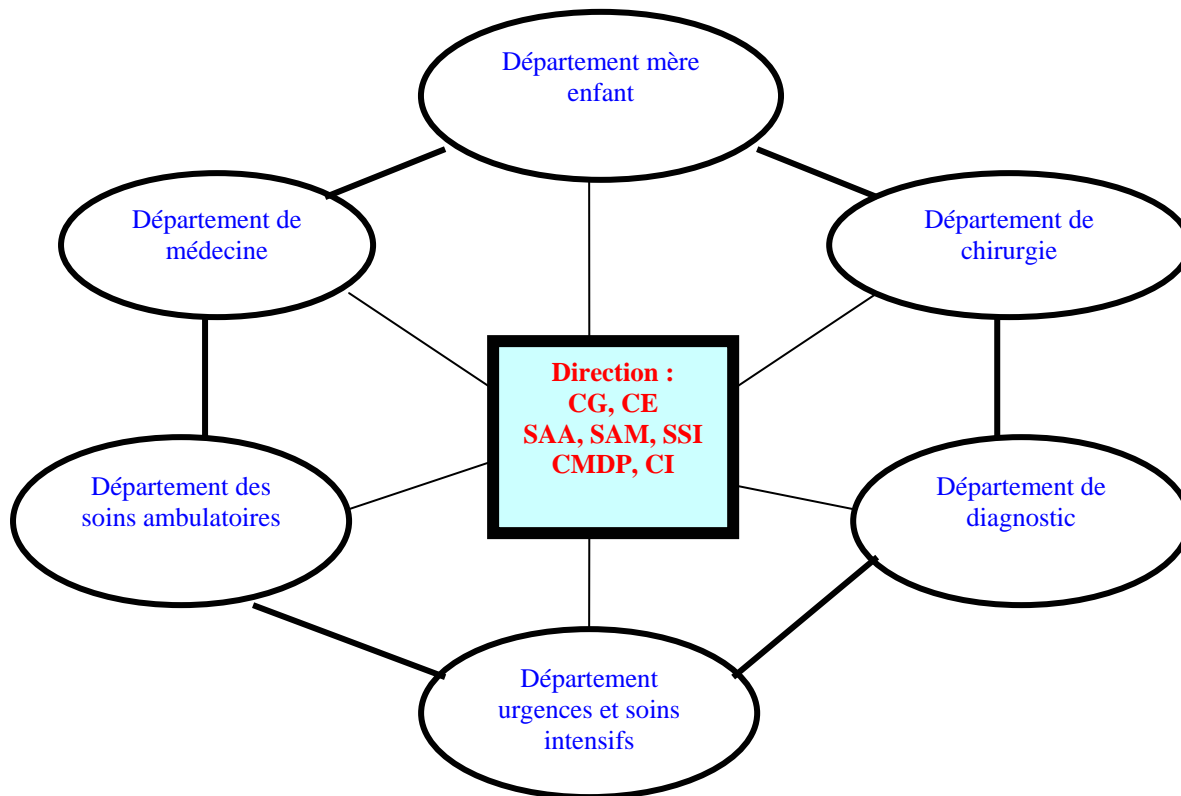
Nous pouvons dire que les services de gestion au niveau stratégique et intermédiaire sont suffisamment organisés et outillés pour atteindre les objectifs et répondre à la mission. Sur le plan organisation un organigramme hospitalier est mis en place. Un règlement intérieur des hôpitaux qui redéfinit les responsabilités des acteurs et introduit le principe de prise de décisions en collégialité. Un PEH est opérationnelle et trace les grandes orientations stratégiques de l'hôpital. Des procédures de gestion financières et comptables sont mises en place et des procédures de suivi des dossiers et projets sont devenues à usage systématique par le staff de la direction.

2. Le contexte particulier : département de médecine

Le choix du département de médecine comme site de ce projet est basé sur des critères arrêtés par consensus en comité de pilotage. Le département de médecine est le premier département organisé. Le binôme médecin chef/infirmière chef a une ancienneté de plus de dix ans dans la chefferie administrative. Par rapport aux autres départements, le DM est suffisamment outillé par des supports informationnels des activités de soins.

Le DM fait partie des six départements arrêtés. Le schéma ci dessous montre comment les départements seront articulés afin de répondre aux exigences de la départementalisation.

Figure n°1 : l'articulation des départements de l'hôpital Hassan II de Settat



- **Le département de chirurgie (DC)** comprend le service de chirurgie femme et le service de chirurgie homme. Il englobe la chirurgie générale, la traumatologie, l'urologie, l'ORL et l'ophtalmologie.
- **Le département mère enfant (DME)** comprend les services de pédiatrie, maternité, gynécologie et chirurgie infantile et englobe les spécialités de pédiatrie, chirurgie infantile, gynécologie, obstétrique et la néonatalogie.
- **Le département des urgences et soins intensifs (DUSI)** comprend les services des urgences, soins intensifs et l'hémodialyse.
- **Le département des soins ambulatoires (DSA)** comprend les services de rééducation, acupuncture, consultations spécialisées externes, médecine du jour, chirurgie du jour et expertise médicale.
- **Le département de diagnostic (DD)** comprend l'imagerie médicale, biologie médicale, électro-diagnostic, explorations fonctionnelles et la banque de sang.

Cette réorganisation présente l'intérêt de regrouper des ressources et compétences qui étaient jusque là éclatées et cloisonnées dans différentes unités. Chaque département est administré par deux responsables un médecin et un cadre infirmier.

2.1. Mission et buts du département de médecine

Le département de médecine a pour mission d'offrir des soins et des services de qualité pour répondre aux besoins des malades qu'il accueille dans ses unités. Il rend accessible son expertise pour réorganiser les autres départements. Le département de médecine assure un rayonnement propice à la diffusion et à l'avancement des connaissances en médecine.

2.2. Composition du département de médecine

Le département de médecine a une capacité litière de soixante douze lits Il comprend l'unité de médecine homme et l'unité de médecine femme. Les spécialités qui s'exercent dans le DM la gastroentérologie, la médecine interne, la neurologie, la néphrologie, la pneumologie, la cardiologie, l'endocrinologie, la rhumatologie, la médecine générale et l'ophtalmologie à titre provisoire jusqu'à ce que le département de chirurgie sera organisé.

2.3. Les ressources humaines

Les ressources humaines sont au nombre de trente cinq :

- **Le chef du département de médecine**

Le chef du département de médecine est un médecin généraliste ayant douze années d'expérience dans la chefferie de la direction.

- **L'infirmière chef**

L'infirmière chef est une infirmière diplômée d'Etat premier grade ayant une quinzaine d'année d'expérience dans la gestion des unités de soins.

- **Les médecins exerçants au niveau du département de médecine**

Les médecins exerçants au niveau du département de médecine sont au nombre de quinze : 02 cardiologues, 02 pneumologues, 02 ophtalmologues, 01 médecin interniste, 01 rhumatologue, 01 endocrinologue, 01 neurologue, 01 gastroentérologue et 02 médecins généralistes qui s'occupent de la néphrologie, 01 médecin

généraliste qui s'occupe de la médecine générale, 01 médecin généraliste assiste et aide les médecins pneumologues. Ces médecins du DM interviennent aussi au niveau du service des urgences, des soins intensifs et assurent des consultations externes. Parmi ces médecins il y a 03 personnes qui travaillent dans le SAM au niveau de l'unité de planification et gestion des ressources, l'unité gestion des soins médicaux et activités départementales et l'unité de communication formation recherche.

- **Les infirmiers (es) soignants (es)**

Les infirmiers (es) soignants (es) sont au nombre de seize dont treize infirmiers (es) auxiliaires et trois infirmiers (es) diplômés (es) d'Etat premier grade.

- **Les agents de services**

Les agents de services sont au nombre de quatre. Ils font les courses à l'intérieur de l'hôpital et participent au transport des malades et leurs hygiènes.

2.4. Les équipements

Le DM est équipé par un matériel d'hôtellerie, des soins et des équipements biomédicaux. Ces derniers sont constitués par un appareil ECG, fibroscope, aspirateurs mobiles et spiromètre.

2.5. Le système d'information utilisé

Il est limité à des supports de l'activité administrative et des soins.

- **Les supports de l'activité médico-administrative**

Les supports de l'activité médico-administrative sont : Le registre d'hospitalisation qui est le principal support d'information du DM et c'est à partir de ce registre que nous avons pu recueillir la plupart des informations concernant la production des soins ; Le cahier de présence journalier qui est tenue par l'infirmière chef du DM ; Le registre d'inventaire mobilier ; Les fiches et les bons de commande de matériels et des médicaments ; La fiche de planification horaire du travail hebdomadaire pour le personnel infirmier.

- **Les supports de l'activité soins**

Les supports de l'activité soins sont : Le dossier patient partiellement rempli ; Les feuilles de température ; La fiche de soins infirmiers de 24 heures qui sert à planifier les soins de 24 heures pour chaque patient

hospitalisé. Les informations contenues dans cette fiche sont reportées dans un tableau mural qui reflète la totalité des patients hospitalisés dans le DM. Le cahier des visites médicales tenue par l'infirmière chef pour l'ensemble des médecins ; Le registre des maladies à déclaration obligatoire ; Le cahier des transmissions entre les équipes infirmières de garde. On note une absence d'outil de gestion qui est le tableau de bord. L'analyse du contexte nous a révélé la problématique suivante.

I. La problématique

1. L'état actuel

- Les structures de gestion à savoir la direction, le service des soins infirmiers, le service des affaires administratives, l'unité des ressources humaines, l'unité technique et de maintenance, l'unité financière et informationnelle sont dotées des outils de suivi de leurs activités tandis que les départements cliniques d'hospitalisation dont les responsables médecin chef et infirmier chef gèrent la chose au jour le jour.
- La totalité des départements cliniques d'hospitalisation ne disposent pas actuellement des informations nécessaires pour négocier et répartir les ressources en interne et entre les unités qui les composent.
- Le binôme médecin chef et infirmier chef n'a jamais eu recours au **tableau de bord** du centre d'activité médecine et spécialités médicales proposé par le SIG-ho (19) qui est un outil de gestion pour l'utilisation à des fins de pilotage et de prise de décision. (Voir annexe N° 6)
- Les variables d'action ne sont pas définies par le binôme médecin chef /infirmier chef du département clinique d'hospitalisation pour suivre l'atteinte des objectifs.
- En outre les responsables de ces départements avaient exprimés le besoin d'un outil de suivi des activités lors des rencontres effectuées dans ce sens.

2. L'état souhaité

- Les départements cliniques d'hospitalisation disposent d'outils efficaces de pilotage qui sont les tableaux de bords.

III. Les objectifs du projet et résultats attendus

1. Objectif général.

- Contribuer à l'amélioration de la performance hospitalière.

2. Objectifs spécifiques du projet :

- Elaborer le tableau de bord de gestion avec la participation des responsables des départements cliniques d'hospitalisation;
- Implanter le tableau de bord de gestion au niveau du département de médecine.

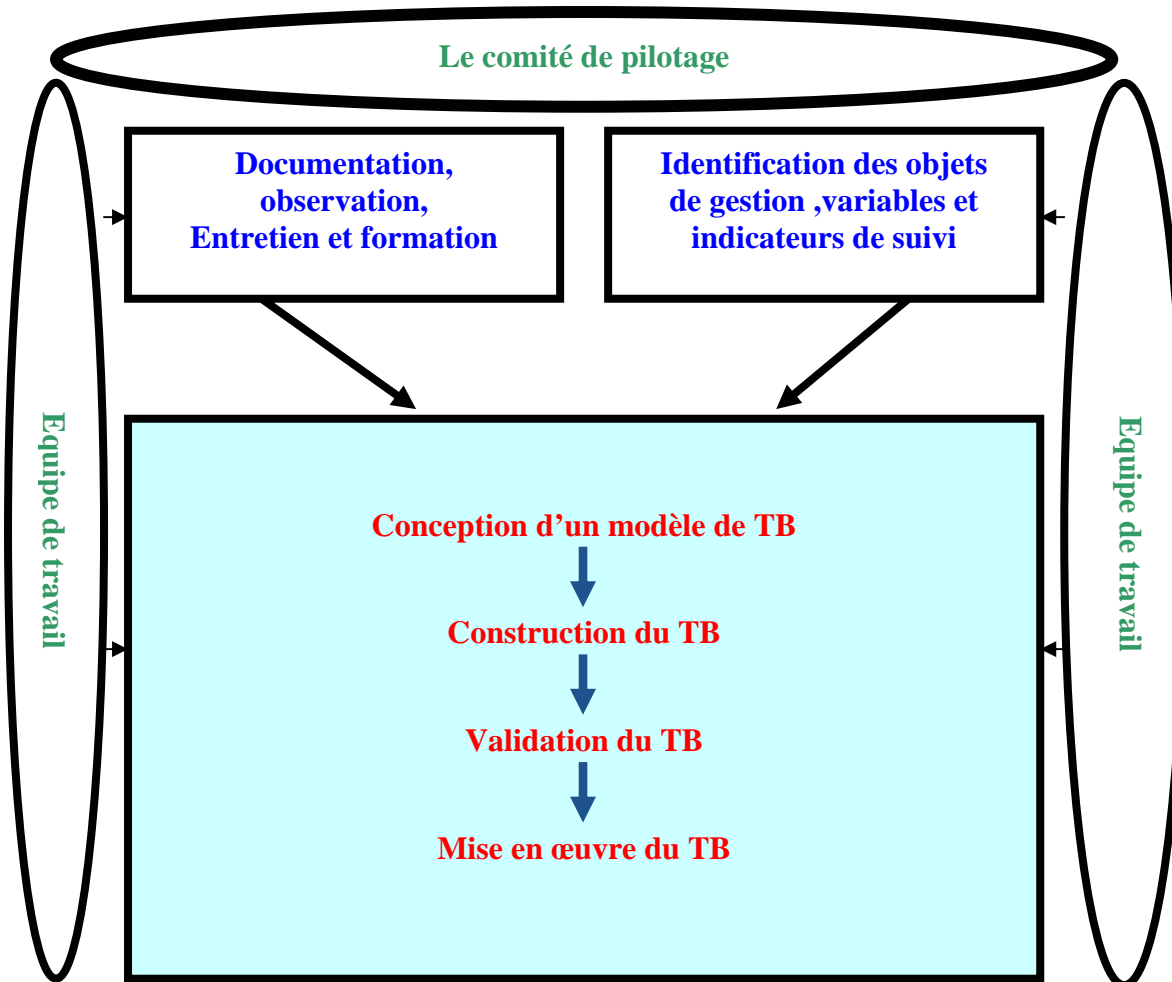
3. Résultats attendus

- Permettre aux responsables du département de médecine d'échanger de façon objective des informations fiables avec le niveau stratégique et le niveau opérationnel.
- Utiliser le TB comme levier pour accompagner le changement entrepris dans l'hôpital.

IV. Méthode et démarche utilisées

Pour mener à bien ce projet, la démarche de travail utilisée peut être schématisée dans la figure suivante.

Figure n°2 : La démarche du travail



C'est une approche de construction collective du TBGDM suivant une démarche participative tout en s'appuyant sur la documentation et l'analyse de la littérature sur les concepts de base à savoir le département clinique, le tableau de bord, les indicateurs et la performance.

V. Synthèse de la bibliographie : département clinique, tableau de bord, indicateurs, et performance

Cette partie synthétise les recherches bibliographiques menées sur le département clinique, le tableau de bord, les indicateurs et la performance.

1. Département clinique :

1.1. Organisation

Les décisions, qui étaient autrefois concentrées entre les mains du directeur et l'administrateur, doivent être déconcentrées au plus près des unités de production qui sont les départements. Cette déconcentration repose sur le principe de subsidiarité qui permet de reconnaître aux responsables et les professionnels du département une part d'autonomie. Ce principe suppose que les responsables et les professionnels puissent agir non seulement sur les activités mais aussi sur les ressources dont ils disposent. Cette déconcentration nécessite la mise en place d'une nouvelle organisation des unités de production qui est la départementalisation.

Le département va appuyer la direction dans la gestion des ressources. La départementalisation résout les problèmes du cloisonnement des unités de soins ainsi que la dispersion des rares moyens humains, matériels et financiers existants entre les différents unités. Elle permet la présence d'instance de coordination entre les différentes unités et leur chefferie se traduisant par stratégie commune dans la prise en charge de la clientèle. Elle favorise l'esprit du travail en équipe, la communication et la complémentarité interdisciplinaire. Elle diminue le nombre des interlocuteurs avec la direction. Elle facilite la mise en place de nouvelles règles de gestion tel que la comptabilité analytique et le budget par service.

Le RIH, 2004, Chapitre 2, Article 18 stipule cette nouvelle organisation « L'activité médicale (examens, consultations et soins), pharmaceutique ou odontologie de l'hôpital s'exerce au sein d'unités de soins et de services organisées en plusieurs départements.

Les départements sont placés sous la responsabilité d'un médecin hospitalier.

Il s'agit notamment des départements de médecine (DM), de chirurgie (DC), des urgences (DU), mère-enfant (DME). En fonction des besoins de la population, du volume d'activité et du développement de spécialités spécifiques dans un hôpital d'autres départements médicaux peuvent être créés.

La création d'un nouveau département devra être soumise au comité d'établissement et à l'approbation du ministre de la santé.

Un département réunit les médecins d'une même ou de différentes spécialités. Lesquels peuvent exercer leur spécialité dans les différentes unités de soins de l'établissement en fonction des besoins.

Les services médico-techniques (SMT) comprenant notamment l'imagerie médicale, la biologie médicale, l'électrophysiologie, l'exploration fonctionnelle, la pharmacie sont organisés et placés sous la responsabilité d'un chef de service ou de département (DMT) en fonction de la taille de l'établissement. ;

La stérilisation centrale et la chirurgie du jour relèvent du responsable du bloc opératoire» (20).

Nous pouvons dire que la création des départements permet d'optimiser les ressources et de résoudre les problèmes de gestion.

Le département est une organisation collégiale et proactive. Il regroupe des unités de soins qui étaient jusque là éclatées et cloisonnées. Il correspond à un pôle de prise en charge qui met le patient au cœur de l'organisation.

1.2. Fonctionnement

Le département doit être administré par un binôme praticien/cadre de santé aux compétences élargies et chargé de prendre collégialement les décisions concernant (5) :

- L'animation et la coordination des équipes et du plateau technique.
- La réalisation des protocoles et des processus spécifiques au département.
- La gestion opérationnelle des malades.
- La préparation et le suivi du budget.
- Les relations avec les autres départements.
- Les relations avec la direction de l'hôpital et les différents services administratifs.
- Les relations avec les équipes et les établissements en réseau.
- Les relations avec les correspondants.
- Le plan de formation.
- L'élaboration et les mises à jour des règles intérieures de fonctionnement du département.

D'après le RIH, 2004, dans son article 19, le département doit être administré par un binôme médecin chef/infirmier chef :

Le chef de département organise le fonctionnement technique du département dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien. Il est notamment chargé de :

- Planifier et gérer les ressources du département et coordonner les activités professionnelles des médecins dans son département.
- Coordonner l'élaboration multidisciplinaire de la programmation des activités.
- S'assurer de la présence des ressources médicales dans le département et prévoir les listes de garde.
- Veiller au respect des règles d'éthique, de déontologie et de l'application des règles professionnelles.
- Assurer l'encadrement des étudiants et stagiaires.

Conjointement avec les infirmiers (ères) chefs d'unités de soins :

- Planifier les ressources requises (humaines, matérielles, financières et informationnelles) pour répondre aux besoins du département.
- Évaluer périodiquement la qualité des soins et services.
- Évaluer les besoins de formation continue du personnel médical et infirmier.
- S'assurer du respect des règles d'hygiène et d'asepsie dans les départements clinique.
- Elaborer, pour son département les protocoles cliniques et les chemins thérapeutiques.

Nous pouvons dire que la direction de l'hôpital s'occupe des activités stratégiques et le respect de la cohérence de l'hôpital tandis que le binôme médecin chef/infirmier chef s'occupe des activités médico-soignantes et administratives du département.

2. Le tableau de bord

1.1.Définitions

Le courant hôpital comme une entreprise évolue d'une manière spectaculaire. Plusieurs techniques et outils ont été empruntés au monde de l'entreprise entre autres le tableau de bord.

Le tableau de bord a connu une évolution en fonction de l'objectif qui lui est assigné. Bouquin, 1994, la prééminence de l'objectif du tableau de bord est le contrôle financier (3). Kaplan et Norton, 1998, Le tableau de bord visualise la performance organisationnelle dans l'axe financier (la prospérité), l'axe

processus (le savoir faire des professionnels), l'axe d'innovation (l'amélioration), l'axe client (la satisfaction des clients) (8).

Le tableau de bord de pilotage «c'est une façon d'agencer et de présenter des indicateurs qui ajoute de la valeur aux indicateurs pris isolément en donnant un portrait intégré»(13).

C'est un instrument de mesure de la performance, une clé de démarche progrès (2)

Le tableau de bord de gestion est un document d'information, sur mesure, de synthèse, orienté vers le contrôle et la prise de décision. Il doit permettre au responsable d'analyser les situations, d'anticiper les évolutions, de réagir dans des délais brefs. C'est également un instrument de communication privilégié pour les différents acteurs de l'organisation (8).

Le tableau de bord est un outil destiné au responsable, pour lui permettre, grâce à des indicateurs présentés d'une manière synthétique, de contrôler le fonctionnement de son système d'analyser les écarts significatifs afin de prévoir et de décider (4).

Cette dernière définition est complète. Elle est porteuse d'une dynamique à travers : l'outil qui est indispensable pour agir ; le responsable qui veille à la mission et les objectifs de l'organisation ; les indicateurs qui doivent être pertinents et en nombre réduit ; le contrôle dans le sens de maîtrise de l'action ; les écarts qui signifient la problématique ; prévoir signifie le futur, la tendance et l'intuition ; décider signifie le choix et la négociation.

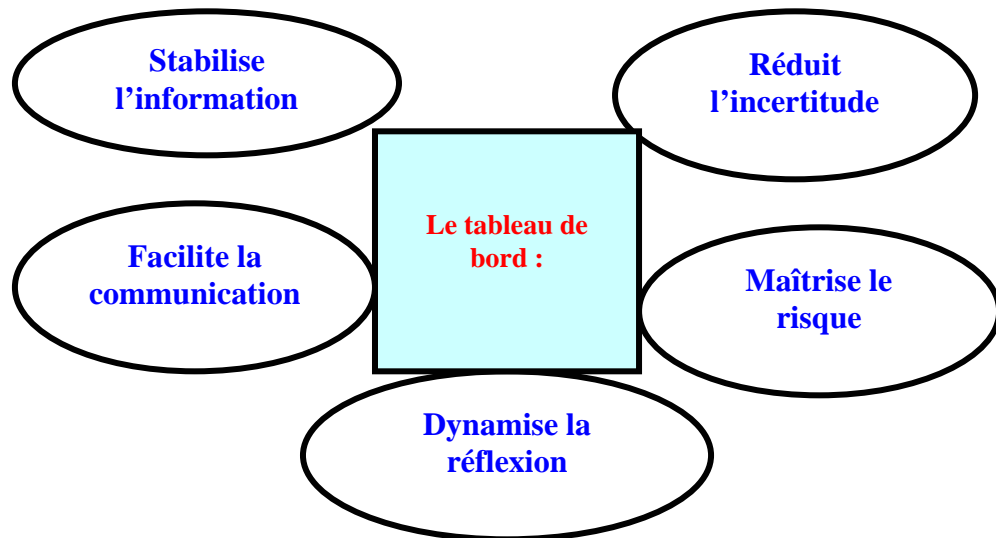
Le TB est un outil réactif qui contient des informations limitées en nombre et produites rapidement ; Il met l'accent directement sur les sources des problèmes dans un langage adapté au décideur.

1.2. Les rôles essentiels d'un tableau de bord

Le tableau de bord de pilotage n'est pas un simple panneau d'affichage présentant les derniers résultats. Pour cela un rapport est bien suffisant. Un tableau de bord de pilotage est un outil bien plus complexe et subtil à la fois. Il réduit l'incertitude de la décision en stabilisant l'information et contribue ainsi à une meilleure maîtrise de risque. C'est aussi un outil facilitant la communication et dynamisant la réflexion (2).

Nous pouvons schématiser les rôles du tableau de bord décrits par Alain Fernandez dans la figure suivante.

Figure n°3 : les rôles du tableau de bord



- **Réduit l'incertitude** : L'incertitude handicape toute prise de décision.
- **Stabilise l'information** : Le TB ne présente que les informations essentielles.
- **Maîtrise le risque** : Toute décision est une prise de risque, le tableau de bord offre une meilleure appréciation du risque de décision.
- **Dynamise la réflexion** : Le TB propose des outils d'analyse puissants pour étudier la situation.
- **Facilite la communication** : Le TB offre une perception unifiée de la situation.

1.3.L'élaboration du tableau de bord

La conception du tableau de bord selon la méthode GIMSI est une méthode centrée sur l'homme, décideur en situation (2). C'est une démarche structurée en quatre phases et dix étapes.

<p>1 Identification <i>Quel est le contexte ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etape 1 : Environnement de l'organisation • Etape 2 : Identification de l'organisation
--	---

<p>2 Conception <i>Que faut-il faire ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etape 3 : Définition des objectifs • Etape 4 : Construction du tableau de bord • Etape 5 : Choix des indicateurs • Etape 6 : Collecte des informations • Etape 7 : Le système de tableau de bord
<p>3 Mise en oeuvre <i>Comment le faire ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etape 8 : Le choix des progiciels • Etape 9 : Intégration et déploiement
<p>4 Amélioration permanente <i>Le système correspond-il toujours aux attentes ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etape 10 : Audit, suivi permanent du système

Selon Pierre Voyer ,les étapes d'élaboration du tableau de bord sont définies comme suit (14):

Etape 1 : La préparation organisationnelle du projet : L'objectif de cette première étape est l'identification d'une série d'activités qui devraient être réalisées avant de commencer l'élaboration du tableau de bord. Ces activités sont : Prévoir une session de formation sur les concepts du TB ; Déterminer les grandes préoccupations stratégiques par exemple la performance ; Identifier les utilisateurs ; Identifier la structure du TB ; Estimer la faisabilité technologique; Estimer les coûts du développement du tableau de bord.

Etape 2 : Identifier les objets de gestion, des objectifs et des indicateurs :

L'identification de l'objet de gestion peut se faire à partir des gestionnaires de l'organisation en question. La détermination des objectifs à partir des objets de gestion. La définition des indicateurs à partir des besoins d'information.

Etape 3 : Le design et l'information du TB : Ils peuvent commencer dès la définition des indicateurs. Le TB intègre les données provenant des systèmes d'information. La qualité du TB ne pourra pas être supérieure à la qualité du système d'information.

Etape 4 : La mise en oeuvre : Le TB est un moyen de suivre la performance de l'organisation.

Selon Daniel Boix, le tableau de bord est conçu en sept phases (14):

Phase 1 : l'identification des missions, des objectifs de l'organisation et des évolutions du contexte.

Phase 2 : la définition des indicateurs qui vont refléter le mieux l'état de fonctionnement de l'unité.

Phase 3 : la définition des indices de contrôle qui constituent les « normes » retenues pour le TB. La comparaison des résultats réels avec ces indices amène le responsable à décider des actions correctives.

Phase 4 : La mise en forme du tableau de bord pour en faire un outil facilement exploitable.

Phase 5 : la validation du tableau de bord en s'assurant que l'outil convient aux nécessités de la gestion de l'unité.

Phase 6 : l'exploitation du tableau de bord par la déclinaison des données recueillies.

Phase 7 : l'évolution du tableau de bord en adaptant l'outil aux évolutions et des missions de l'unité.

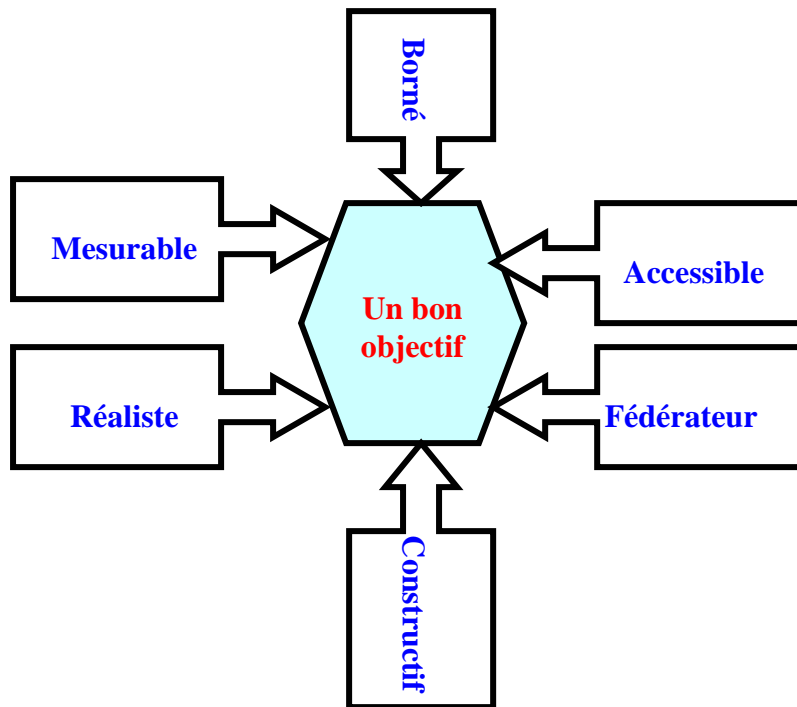
D'après Alain Fernandez, le tableau de bord est conçu en cinq étapes incontournables :

Etape 1 : Sélectionner les axes de progrès : Cette étape a pour objectif de définir les axes de progrès de l'organisation tout en tenant compte de ses moyens disponibles.

Etape 2 : Déterminer les activités et processus : Cette étape identifiera exhaustivement les activités et processus au regard des axes de progrès sélectionnés.

Etape 3 : Sélectionner les objectifs : Il faudra sélectionner les meilleurs objectifs pour tous les acteurs concernés par la démarche de progrès. La définition d'objectifs concrets et acceptés par les acteurs tenus de les suivre, est l'étape essentielle du projet. Un bon objectif doit avoir des caractéristiques essentielles qui sont schématisées dans la figure ci-dessous :

Figure n°4 : Les six facettes d'un bon objectif



Source : Alain Fernandez, l'essentiel du tableau de bord, Ed d'organisation 2005, page 42

Borné : doit avoir une dimension temporelle ;

Mesurable : doit s'exprimer en fonction d'une unité (durée, quantité, qualité....) ;

Réaliste : quelle méthode adoptée pour atteindre l'objectif ;

Constructif : l'objectif servira les axes de progrès ;

Fédérateur : L'adhésion à l'objectif est une condition sine qua non de l'engagement ; **Accessible** : La valeur d'un objectif est directement dépendante des moyens mis à la disposition des responsables en charge de l'action.

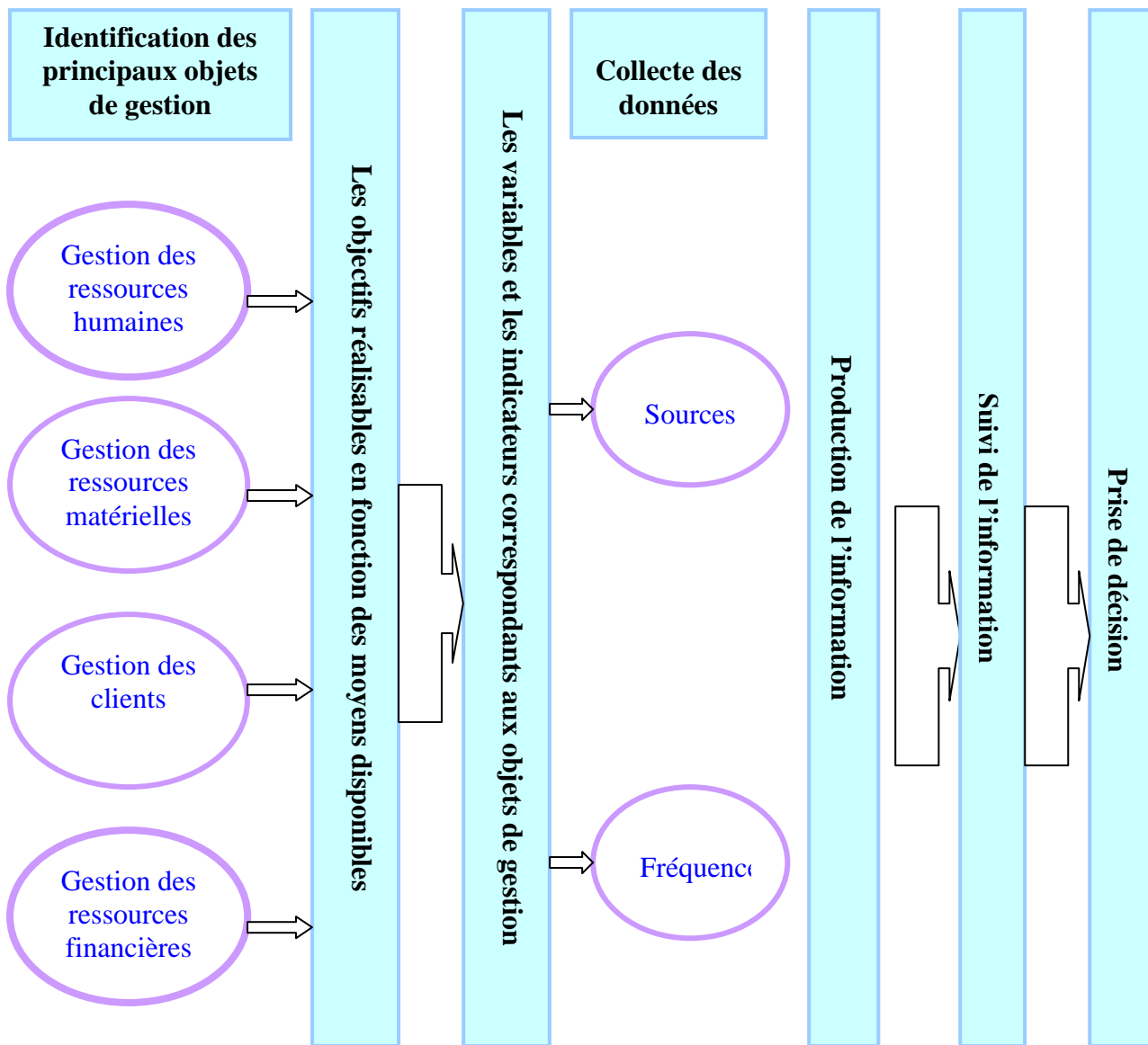
Etape 4 : Sélectionner les indicateurs : l'objectif de cette quatrième étape est la sélection des indicateurs pertinents en tenant compte des objectifs à suivre..

Etape 5 : Structurer le tableau de bord : Structurer le tableau pour qu'il soit un véritable outil d'aide à la prise de décision.

Pour élaborer un tableau de bord il faut identifier les objets de gestion, formuler les objectifs, définir les besoins d'information avec les modalités de collecte des données, produire de l'information, et suivre l'information.

Nous pouvons schématiser l'élaboration du tableau de bord par la figure suivante :

Figure n°5 : l'élaboration du tableau de bord



Le tableau de bord montre des données qui, après analyse, doivent permettre une prise des décisions et une réaction face à la situation décrite. C'est un outil de synthèse et de visualisation des situations constatées par des indicateurs. C'est un ensemble permanent d'indicateurs cohérents permettant à un observateur d'identifier et d'appréhender rapidement la situation globale d'une organisation.

1.4. Les contraintes d'un TB

- Nécessite un pilote.
- Doit véhiculer seulement les informations pertinentes.
- Doit comprendre un nombre très limité d'indicateurs.
- Nécessite une formation et une sensibilisation des pilotes et responsables de la collecte d'information.
- Nécessite une vérification des éléments à mesurer.
- Nécessite de déterminer les valeurs cibles à atteindre ainsi que leurs seuils de tolérance.
- Nécessite une fréquence adaptée à une exploitation attentive.

2.5. Caractéristiques du tableau de bord

Selon Daniel Boix, le tableau de bord doit être porteur d'une dynamique dont deux caractéristiques de base :

- Etre synthétique : capter rapidement l'essentiel du contexte afin de décider.
- Etre évolutif : mettre en résonance l'unité et son contexte (4).

Jacques de Guery et al déterminent le mode de présentation du tableau de bord selon trois axes de façon à donner au tableau de bord un caractère aussi opérationnel que possible :

- La présentation des indicateurs : les graphiques peuvent s'avérer préférables à de simples tableaux de chiffres. En effet, ces derniers peuvent être utilisés quand il est difficile de traduire les informations par des représentations graphiques.
- La forme générale du tableau de bord : elle doit être conçue de façon à faciliter autant que possible la diffusion des informations.
- La continuité du tableau de bord (6).

Paul-henri Gauthier et al identifient trois caractéristiques :

- Maniable : dans la mesure où il doit faciliter la diffusion des informations au sein d'un centre de responsabilité et entre les centres de responsabilité sous forme de tableaux de chiffres ou de graphiques les plus réduits possibles.

- Périodique et adaptable : le choix de la période dépend des caractéristiques des centres de responsabilités concernés et de la nature de l'information fournie, la plus fréquente est celle mensuelle ou trimestrielle et même hebdomadaire.

- Paramétrable : il doit avoir la faculté de s'adapter à chaque niveau de responsabilité (11).

Nous pouvons dire que le tableau de bord aide à la prise de décision, fait gagner du temps aux gestionnaires, fait ressortir l'essentiel des données des systèmes d'information utilisés, sonne l'alarme concernant les situations à risque, attire l'attention sur les écarts, fait dépasser la culpabilisation et la polémique et identifie les problèmes et les processus à réviser.

3. Indicateur

3.1 Définitions

Selon le Grand Robert, un indicateur est un « Instrument servant à fournir des indications quantitatives sur un phénomène, un processus à l'utilisateur »

Selon la norme ISO 8402, un indicateur est une « information choisie, associée à un phénomène, destinée à en observer périodiquement les évolutions au regard d'objectifs périodiquement définis ».

Selon l'OMS : l'indicateur donne une indication sur une situation donnée, ils sont des variables aidant à mesurer les changements.

Alain Fernandez clarifie le concept indicateur comme une information contribuant à l'appréciation d'une situation par le décideur. Il n'est jamais muet. Il entraîne une réaction. Cette réaction peut être de ne rien faire. Mais tout de même une démarche active. C'est la signalisation portée par l'indicateur qui entraîne ce comportement.

Un indicateur est un « capteur » implanté dans le système afin d'obtenir une information chiffrée, dans la comparaison avec une base de référence permet d'évaluer son état de fonctionnement (4).

Un indicateur peut se présenter de différentes manières : valeur absolue, relative, écart entre deux grandeurs. Mais si en apparence les indicateurs ne sont que des chiffres, des ratios, des grandeurs, «ce sont avant tout, des outils d'évaluation plus au moins complexes réunissant toute une série d'information»(9).

Nous pouvons dire que l'indicateur est une donnée objective qui décrit une situation et effectue des comparaisons dans le temps et dans l'espace.

3.2. Les types d'indicateurs

L'atelier organisé par l'OMS à Rabat, Maroc, 17-20 Mai 2005, Gestion basée sur les résultats au sein de l'OMS Approche logique de gestion des programmes, coopération entre l'OMS et les pays, détermine les types d'indicateurs comme suit :

- Indicateurs quantitatifs font l'objet des énoncés statistiques (incidence, pourcentage, nombre).
- Indicateurs qualitatifs : jugements et perceptions, fondés pour l'essentiel sur une analyse objective.
- Indicateurs combinés : combinent des mesures qualitatives et quantitatives.
- Indicateurs Proxy : sont des mesures indirectes d'une situation; ils peuvent être quantitatifs, qualitatifs ou combinés.

Le SEIS a catégorisé les types d'indicateurs comme suit :

- Les indicateurs de production ou d'activités : Ils permettent de rendre compte des activités des différents centres d'activité de l'hôpital (hospitalisation, Pharmacie, Laboratoire, Radiologie, Bloc, Buanderie....)
- Les indicateurs de moyens : Ils s'intéressent aux divers moyens que l'hôpital met en œuvre pour réaliser ses missions (le personnel, Les actes médicaux, Les actes chirurgicaux, Les actes de laboratoires, Les actes de Radiologie.....).
- Les indicateurs de productivité : C'est le résultat d'un rapport entre deux quantités, soit la quantité de biens et services produits durant une période de temps (t) = (Output) et la quantité de ressources nécessaires à fournir ces biens et services durant cette même période (Intrants ou facteurs de production).
- Indicateurs de qualité : Ils sont plus complexes et plus difficiles à élaborer et sont souvent entachés de subjectivité. La qualité a plusieurs dimensions à savoir la sécurité, l'accessibilité, l'acceptabilité, continuité... (taux de mortalité intra hospitalière, taux d'abandon; incidence d'escarre...).

3.3 L'élaboration d'indicateur

Pour élaborer un indicateur plusieurs critères doivent être pris en considération à savoir :

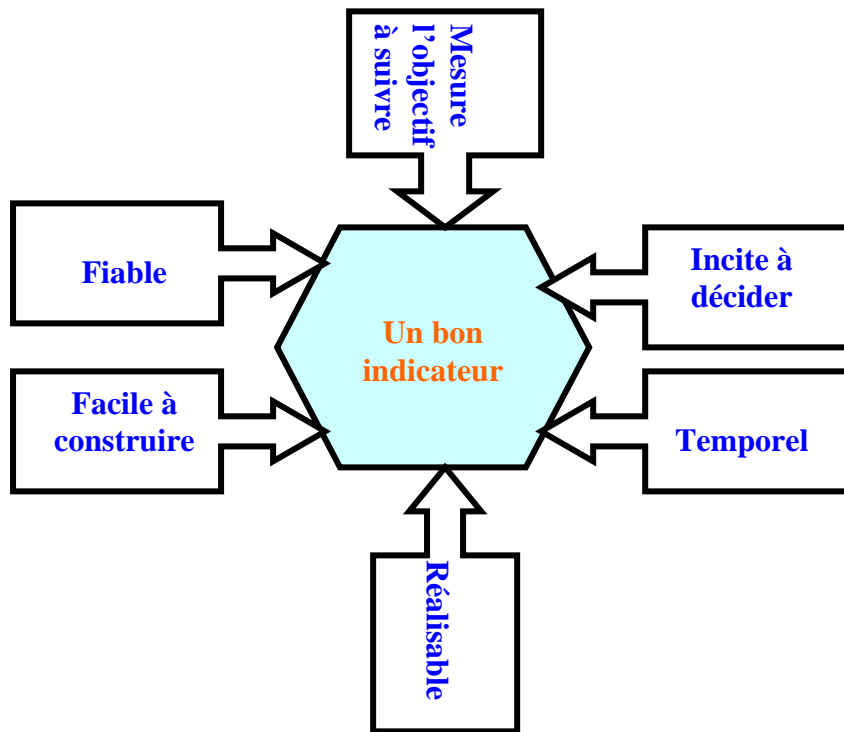
- Le libellé : un indicateur doit avoir une dénomination.
- Il faut signaler le secteur auquel il appartient.
- Le département responsable de la production de l'indicateur ;

- Il faut toujours préciser l'unité avec laquelle est exprimé.
- La référence temporelle.
- La validité, fiabilité, pertinence, sensibilité, spécificité, rentabilité, mesurabilité ;
- Sa raison d'être : l'objectif stratégique auquel il se rattache, sa cible chiffrée et datée ou encore les valeurs de bases auxquelles il est comparé.
- La désignation de ses acteurs : Celui qui est chargé de le produire et le responsable du niveau de l'indicateur et qui maîtrise le levier d'action correspondant (décision) ;
- Les sources d'information nécessaires à sa production.

L'indicateur ne peut être générique, il doit être choisi et construit par le groupe des décideurs. Selon Alain Fernandez un bon indicateur mesure l'objectif à suivre, incite à décider, facile à construire, réalisable et toujours rafraîchi à temps.

Le schéma ci-dessous montre les facettes d'un bon indicateur :

Figure n°6 : Les six facettes d'un bon indicateur



Source : Alain Fernandez, l'essentiel du tableau de bord, Ed d'organisation 2005, page 57.

- **Fiable** : Seules les informations dignes de confiance sont susceptibles de contribuer à l'aide à la décision.
- **Mesure l'objectif à suivre** : doit mesurer la performance en fonction de l'objectif.
- **Incite à décider** : L'enseignement délivré par l'indicateur doit permettre de décider.
- **Facile à construire** : les informations nécessaires à la construction du TB doivent être accessibles.
- **Temporel** : Chaque information a son propre cycle (annuel, mensuel...).
- **Réalisable** : l'information est délivrée à coût acceptable.

Nous pouvons dire qu'un bon indicateur doit représenter le phénomène à mesurer, dont la validité ne peut être mise en doute.
Seuls les indicateurs réellement choisis par les utilisateurs remplissent leur fonction d'aide à la prise de décision.

4. La performance

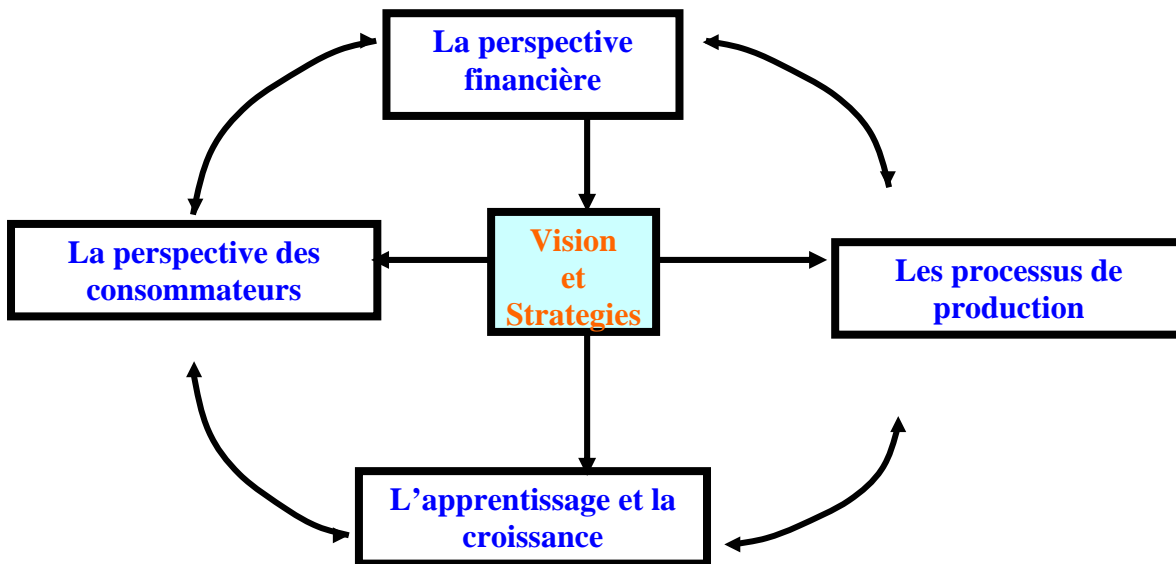
D'après le dictionnaire de la langue française (le nouveau petit Robert 1994) : Résultat chiffré obtenu dans une compétition (un cheval, un athlète). Résultat optimal qu'une machine peut obtenir. Les performances d'une usine, d'un produit, d'un ordinateur, d'un avion, d'un système. La définition du concept performance revient à ses évidences. A cet effet on met en évidence les organisations dites performantes à travers des modèles décrits par la littérature. Selon MASSE, la performance est le degré d'atteinte des objectifs perçus par la coalition dominante, au moyen d'un jugement prononcé par les multiples constituants de l'organisation sur les produits, les résultats, les effets de l'organisation ou de ses processus(10).Il propose un modèle explicatif de la performance organisationnelle où il a montré l'impossibilité de la relier à une cause **unique** mais de multitude causes et qui sont des facteurs initiaux, intermédiaires et résultat :

- Les facteurs initiaux : Une gestion prévoyante, un leadership dynamique, une structure légère et décentralisée, des travailleurs habiles et sains, et le contexte de travail satisfaisant.
- Les facteurs intermédiaires : Une motivation stimulée, un climat qui stimule la motivation à performer et une culture partagée.
- Le résultat est la performance et la satisfaction.

Mais du fait la conception de la performance est plus complexe que cela, elle englobe plusieurs aspects et dimensions, et dans la définition s'avère très variable. Robert S.Kaplan et David P.Norton ont apprivoisé ce problème en proposant un modèle contenant quatre axes à savoir le financier, le processus interne, l'innovation et l'apprentissage, et l'axe client (8).La cohérence globale entre ces quatre axes est assurée par un réseau de relations de cause/effet.

Le modèle est le suivant, qui illustre ces axes :

Figure n°7 : Le modèle de Kaplan et Norton



Source : Kaplan et Norton, 1998

Le modèle de Kaplan et Norton contient quatre axes :

- L'axe financier a pour objectifs la réussite, le suivi et la prospérité.
- L'axe processus interne a pour objectifs les bonnes pratiques, et le savoir faire des professionnels.
- L'axe d'innovation et apprentissage a pour objectifs l'amélioration, l'innovation et l'aptitude d'aller en avant par l'utilisation de la technologie et des pratiques nouvelles.
- L'axe client a pour objectifs la satisfaction des clients en termes de qualité, efficacité et efficience des prestations.

D'une manière générale une organisation performante est celle qui atteint ses buts (équité, efficacité, efficience), produit des biens et services de qualité, maintien ses valeurs organisationnelles et s'adapte à son environnement.

VI. Elaboration et implantation du tableau de bord

Le tableau de bord est conçu méthodiquement en tenant compte de la spécificité du DM,

Pour élaborer le TB du département de médecine nous plaçons cet outil dans le contexte de suivi du processus gestionnaire des ressources et les responsabilités médico-soignantes et administratives du médecin chef et l'infirmier chef du département de médecine. Nous nous sommes inspirés des démarches préconisées par Pierre Voyer, 1994, Daniel Boix, 1998, et Alain Fernandez, 2005, ainsi les étapes suivantes sont arrêtées :

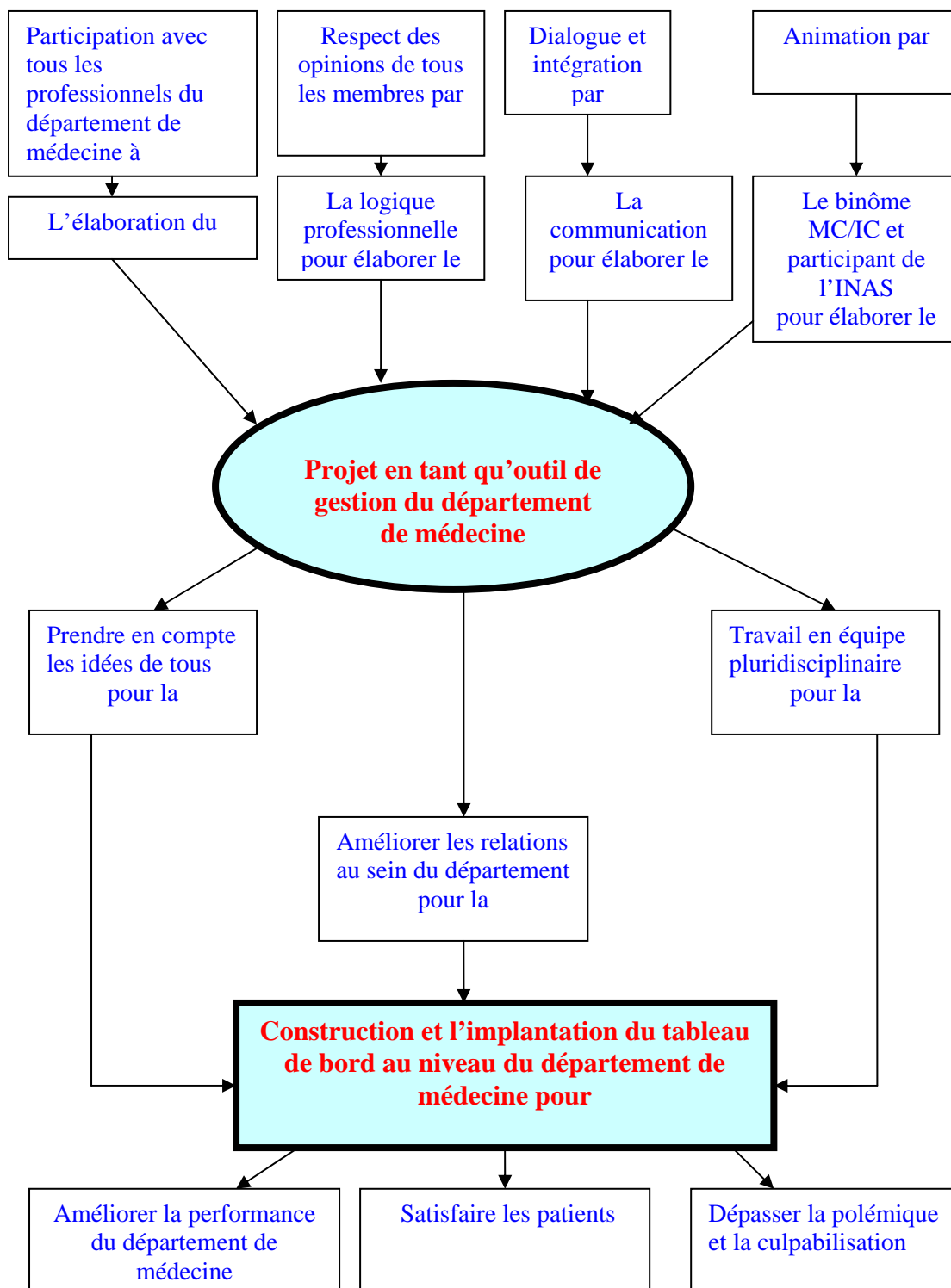
1. Etape de préparation organisationnelle du projet

Avant d'élaborer et implanter un tableau de bord dans un département clinique d'hospitalisation, il faut certains prés requis et une organisation. Le projet intéresse le département clinique et ses professionnels. La réalisation d'un projet nécessite une organisation dans le temps, une structure et une démarche collective.

La conduite d'un projet est une opération complexe, compte tenu des facteurs à prendre en compte qui sont multiples à savoir la détermination des acteurs concernés par le projet, le temps de réalisation et la production des résultats. Le projet n'est pas l'affaire d'une seule personne mais il intéresse une organisation et ses acteurs pour cela il faut un cadre général du travail.

1.1. Le cadre général du travail

La figure suivante montre le cadre général du travail* :



* Figure tirée et adaptée : Conduite du projet, Assistance publique Hôpitaux de Paris, 1996.

Cette démarche répond à des soucis d'efficacité, d'autonomie, d'initiatives et de responsabilisation. Elle permet une vision commune, un climat de confiance, une transparence, et une disponibilité.

Pour mener à bien ce projet nous avons mis en place une structure du projet. Elle est constituée par une équipe projet organisée autour de deux instances étroitement interdépendantes : le comité de pilotage et le groupe de travail.

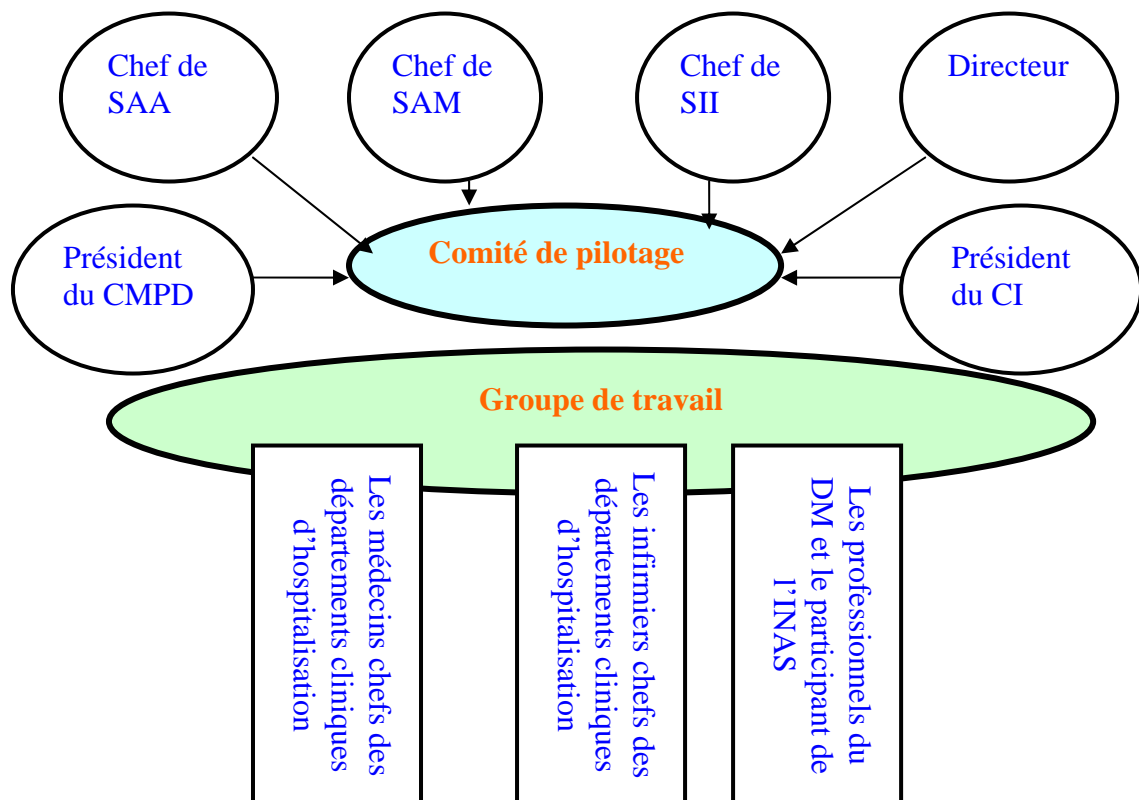
Le comité de pilotage est constitué par le directeur, le chef des SAA, le chef des SII, le chef des SAM, le président du CMDP et le président du CI. Ce comité a un pouvoir décisionnel. Il définit les objectifs et suit l'avancement des travaux réalisés par l'équipe de travail.

L'équipe de travail est constituée principalement par les responsables du département de médecine et le participant de l'INAS. Elle réalise le projet.

1.2. La structure du projet

La figure suivante illustre la structure de projet*:

Figure n°9 : la structure du projet



* Figure tirée et adaptée du document Repenser les processus à l'hôpital, Jean-Pierre CLAVERANNE et Christophe PASCAL, Ed.MEDICA, 2004, p 130

Cette organisation et les séances de formation, d'information et de sensibilisation ont donné comme résultat la participation active des membres des comités à toutes les réunions organisées dans le cadre de ce projet. Le médecin chef du département, l'infirmier chef et les infirmiers des unités ont exprimé leurs volontés d'adhésion. Ils ont une perception positive sur le TB. Ils le considèrent comme un outil qui mettra en lumière les situations du processus gestionnaire. Leur implication dans le projet a garanti une réelle mobilisation autour des objectifs à partager.

2. Etape d'identification des objets de gestion, des objectifs et des indicateurs

Le domaine de gestion, dans lequel s'exercent les responsabilités du destinataire, détermine le tableau de bord par domaine(12). La porte d'entrée d'élaboration du TB est le domaine de gestion. Ainsi un modèle conceptuel est élaboré dans la structure est représenté par un canevas contenant huit items. Un modèle conceptuel est élaboré de la façon suivante.

La figure ci-dessous montre un canevas métaphorique d'élaboration du TB

Figure n°10 : Canevas d'élaboration du TB

1. Objet de gestion

Le domaine de gestion, dans lequel s'exercent les responsabilités du destinataire, détermine le tableau de bord par domaine (12).



L'identification de l'objet de gestion peut se faire à partir des gestionnaires de l'organisation en question (2).

2. Objectif

La formulation préalable de l'objectif, à atteindre après l'analyse du dysfonctionnement, pousse les décideurs à s'engager dans la bonne voie en tenant compte des moyens disponibles.



La définition d'objectifs concrets et acceptés par les acteurs est l'étape essentielle du projet (2)

VII. Indicateur

L'indicateur est établi en fonction des activités pour lesquelles on souhaite assurer un suivi.

L'indicateur choisi doit permettre l'appréciation de la situation

la définition des indicateurs qui vont refléter le mieux l'état de fonctionnement de l'unité (4)



4. Origine des données

On pose la question : Où trouver les données qui permettront de renseigner l'indicateur ? Le TB puise ses informations dans les différents supports utilisés dans le DM.

Le TB intègre les données provenant des systèmes d'information ; La qualité du TB ne pourra pas être supérieure à la qualité du système d'information (2)



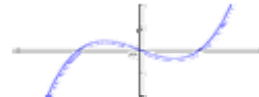
5. Utilisateurs :

Les personnes responsables et preneurs de décision



6. Périodicité

C'est le temps raisonnable de prise de décision. Il peut être hebdomadaire, mensuel, trimestriel et/ou annuel. La possibilité de mettre en œuvre des actions correctives,



7. Mode de calcul

C'est l'opération mathématique qui permet la quantification. C'est la valeur attribuable à la variable choisie qui permet une juste appréciation.



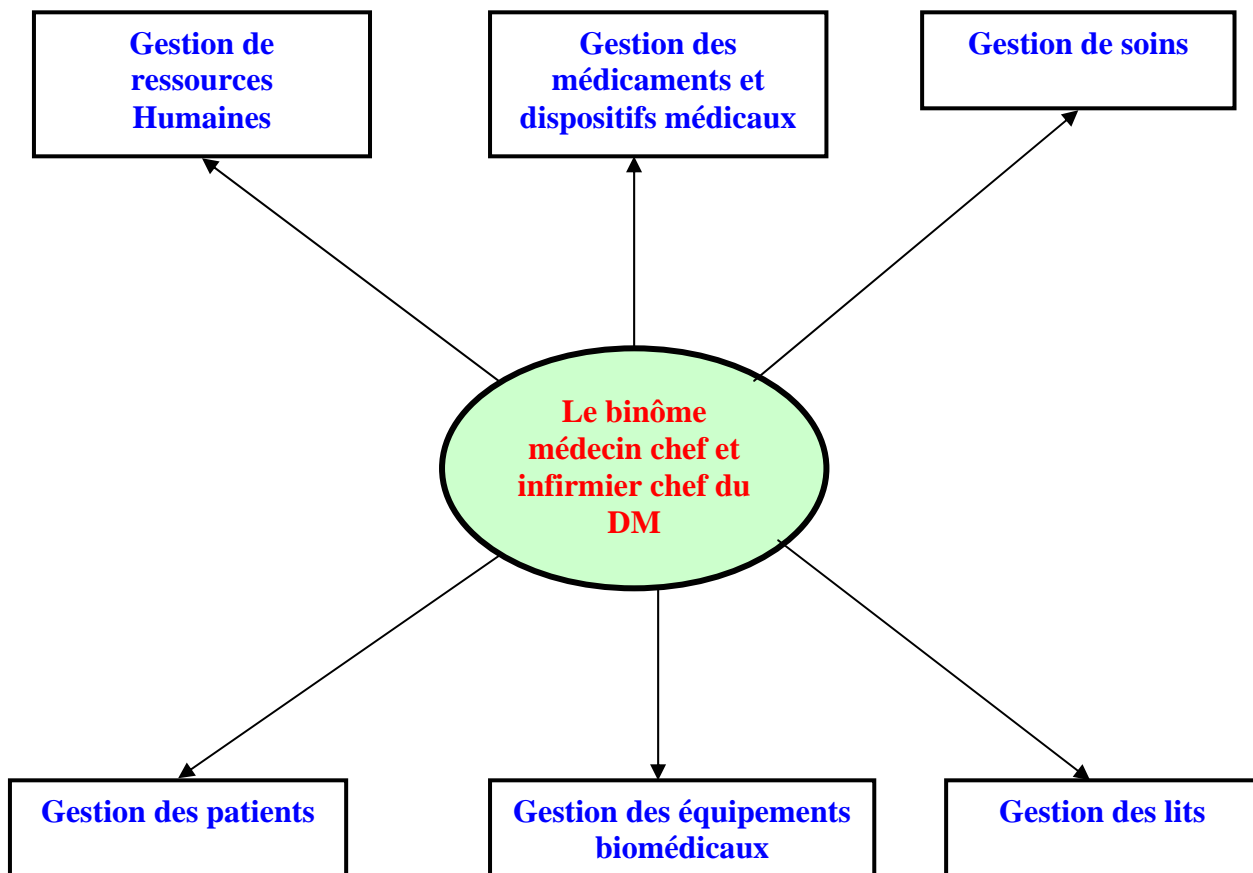
8. Le clignotant C'est la valeur qui nous renseigne sur l'existence d'un problème et alerte les décideurs à prendre des décisions



En adoptant ce modèle conceptuel d'élaboration du tableau de bord nous allons élaborer dans une première étape un canevas pour chaque objet de gestion à partir des attributions du binôme médecin chef et infirmier chef responsables du DM et dans une deuxième étape nous allons construire le tableau de bord pour chaque objet de gestion.

La figure ci-dessous montre les principaux objets de gestion, dans lesquels s'exercent les responsabilités du binôme médecin chef et infirmier chef du DM

Figure n°11 : Principaux objets de gestion du médecin chef et l'infirmier chef du DM



Cette figure montre les principaux objets de gestion dont les indicateurs figurent dans les différents systèmes d'information utilisés dans le DM.

3. Etape du design et l'information des TB.

3.1. Le tableau de bord de gestion des lits

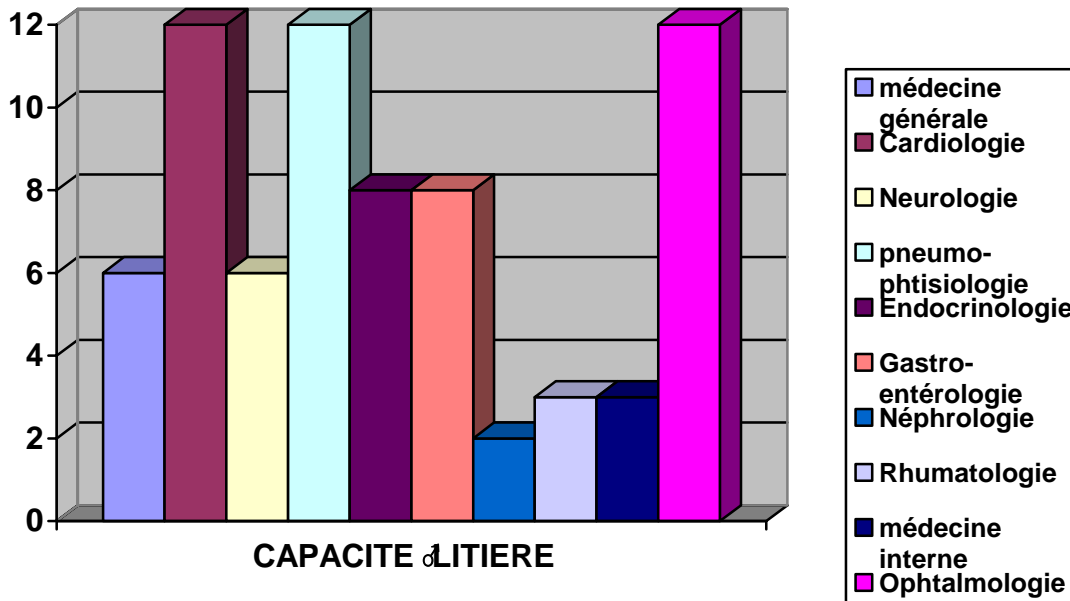
La gestion des lits au niveau du département de médecine relève de la responsabilité du médecin chef et de l'infirmier chef en faisant référence aux :

- Règlement intérieur des hôpitaux stipule : Le chef du département planifie et gère les ressources du département. Conjointement avec les infirmiers (ères) chefs d'unités de soins, le chef du département planifie les ressources requises (humaines, matérielles, financières et informationnelles) pour répondre aux besoins du département (20).
- Les descriptions des postes du médecin du département et l'infirmier chef arrêtées et validées dans le cadre de GRH (PFGSS) : Le médecin chef de département planifie et gère les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles du département pour répondre aux besoins de la cliente. L'infirmier chef a la responsabilité la gestion des ressources humaines et matérielles du département.
- Le PEH 2003-2007 de l'hôpital Hassan II de Settat dans son projet médical, l'orientation stratégique No VIII stipule : **Revoir le mode de répartition des lits par département et par spécialité** avec un objectif de réduction de la capacité litière globale de 40% d'ici l'an 2006.

Nous pouvons dire que la dotation et la répartition des lits sont sous la responsabilité du binôme médecin chef/infirmier chef du département dans ce cas on peut retenir le lit comme objet de gestion au niveau de département de médecine.

Le département de médecine a soixante douze lits qui sont répartis entre les spécialités. Le graphique ci-dessous montre cette répartition.

Graphique No 1 : Répartition des lits par spécialité, année 2005



Note importante : L'ophtalmologie est une spécialité chirurgicale. Elle est incluse dans le département de médecine de l'hôpital Hassan II de Settat à titre provisoire jusqu'à ce que le département de chirurgie sera organisé. D'une manière générale elle n'affectera pas la démarche et le raisonnement de l'élaboration du tableau de bord. Une fois le département de chirurgie est organisé cette spécialité sera transférée.

Dans ce graphique on constate que les trois spécialités qui sont la cardiologie, pneumo-phtisiologie et l'ophtalmologie ont les mêmes capacités litières (12 lits chacune) tandis que les spécialités qui ont le moins de lits sont la néphrologie, la rhumatologie et la médecine interne (3lits).

La justification de cette répartition des lits sera vérifiée en l'ajustant aux taux d'occupations En consultant les statistiques de 2005 concernant la répartition des lits ajustée au TOM.

Le tableau ci-dessous montre la capacité litière et le taux d'occupation pour chaque spécialité

**Le tableau n°ii : la capacité litière et le taux d'occupation pour chaque spécialité
du département de médecine l'année 2005**

	CAPACITE LITIERE	TOM
Médecine générale	6	88%
Cardiologie	12	77%
Neurologie	6	68%
Pneumo-phtisiologie	12	59%
Endocrinologie	8	48%
Gastro-entérologie	8	47%
Néphrologie	2	29%
Rhumatologie	3	19%
Médecine interne	3	21%
Ophthalmologie	12	26%
Total	72	53%

Source : service statistique

Ce tableau montre le nombre des lits au regard du taux moyen d'occupation.

On note un dysfonctionnement dans la répartition des lits selon les spécialités en fonction du TOM.

3.1.1. Canevas de gestion des lits par la variable occupation

L'objet de gestion lit par la variable occupation et l'indicateur nombre des lits ajustés au TOM sont retenus. Les lits décomptés dans ce rapport correspondent aux lits effectivement ouverts et dotés en personnel pendant l'exercice. Le TOM renseigne sur la gestion des lits et il est très utile pour déterminer les besoins réels en lits pour chaque spécialité. Il met en relation le nombre de lits ouverts et dotés en personnel et le nombre de patients qui ont occupé ces lits.

Canevas de gestion des lits par la variable occupation

Objet de gestion	Le lit
Objectif	Répartir les lits du DM en fonction du taux d'occupation moyen pour chaque spécialité
Indicateur de production	Nombre de lits ajustés au TOM par spécialité
Origine des données	Le registre des patients et la fiche de situation journalière destinée au BAF
Utilisateurs	Le binôme MC/IC, les chefs de SSA, SSI et le BAF
Périodicité	Semestrielle et annuelle.
Mode de calcul	$\text{TOM} = \frac{\text{Journées d'hospitalisation par spécialité}}{\text{Lits par spécialité} \times \text{la période jours}} * 100$
Le clignotant	Le TOM /spécialité < à 50% on doit agir.

interne

Néphrologie

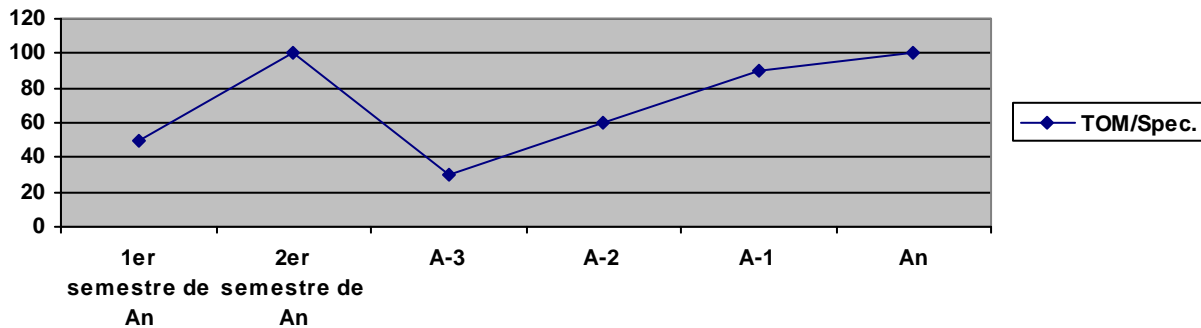
Suite des
spécialités

Total

Ce tableau montre la capacité litière et le TOM de chaque spécialité des trois années antérieures et l'année en cours dans ses deux semestres. Il nous renseigne sur des fluctuations temporelles et l'adéquation entre capacité litière et TOM.

Le bon pilotage des lits est illustré dans le graphique ci-dessous.

Graphique No 2 : Bon pilotage de la capacité litière par spécialité en fonction du TOM :



Ce simple graphique avec tendance linéaire nous renseigne sur la progression du taux d'occupation sans perte de temps. Le graphique du TOM doit avoir une allure ascendante quelque soit la prise de décision soit la diminution des lits ou l'augmentation des journées d'hospitalisation.

3.2. Le tableau de bord de gestion des patients

Une fois admis au niveau du département de médecine, le patient doit être satisfait de son séjour jusqu'à sa sortie. Il peut être guéri, sortie contre avis médical, transféré, décédé ou séjourné plus longtemps. A ce titre l'infirmier chef prépare, le matin les effectifs des entrants et des sortants. Il tient les divers registres : admissions, décès, sorties. Il fait régulièrement la tournée du service et se renseigne sur l'état de tous les malades. Il accueille les malades et leurs familles, les sécurise et leur fournit les informations nécessaires,

ayant pour but de faciliter leur compréhension et leur collaboration aux traitements. Il évalue le degré de satisfaction des familles des malades et traite les plaintes à son niveau de compétence. Il établit des relations harmonieuses avec les malades et leur famille (20).

Nous avons retenu les variables suivantes : Admission, séjour, sortie contre avis médical, satisfaction et décès.

La variable satisfaction du patient ne sera pas prise en compte dans notre TB vue son appartenance au domaine affectif« comportement ». Elle n'est pas un phénomène quantitatif et systématiquement mesuré.

Le recueil, des données concernant ces variables, est fait à partir des registres du département de médecine, les dossiers patients, les fiches de situation journalière et les bulletins de décès. Le tableau suivant récapitule ces informations :

Tableau n°iv : Admissions, décès, SCAM et le séjour du DM (année 2005)

	Admission s	Décès	Sortants contre avis médical	Durée moyenne de séjour
Médecine générale	444	7	18	4
Cardiologie	524	16	15	6
Neurologie	176	12	6	8
Pneumo- phtisiologie	356	14	12	7
Endocrinologie	207	3	2	7
Gastro- entérologie	307	7	2	4
Néphrologie	38	2	0	6
Rhumatologie	31	0	0	7
Médecine interne	57	2	2	4
Ophthalmologie	550	0	0	2
Total	2690	61	57	5

Source : service statistique

Les décès représentent 22,7% des admis; les sortants contre avis médical représentent 2,11%

3.2.1. La gestion des patients par la variable admission

Le nombre des admis par période donne une indication sur l'utilisation des services du DM.

Pour la variable admission nous avons retenu comme indicateurs le nombre des admis et le nombre moyen des admis par période.

3.2.1.1. Canevas de gestion des patients par la variable admission

Objet de gestion	Les patients
Objectif	Ajuster les moyens au regard du nombre moyen des admis par période.
Indicateur de production	Nombre des admis Nombre moyen d'admission (NMA)
Origine des données	Le registre du département, la fiche de situation journalière destinée au BAF, les dossiers patients
Utilisateurs	Le binôme MC/IC et les chefs du BAF, SAM, SSI
Périodicité	Semestrielle et annuelle
Mode de calcul	Dénombrement des admissions $NMA = \frac{\text{nombre d'admissions de la période}}{\text{La période}}$

Le clignotant	La tendance stagnante ou décroissante
---------------	---------------------------------------

Le suivi de l'activité départementale, en particulier la charge de soins se fait par le nombre des admis pendant la période considérée. La charge de soins est corollaire au nombre des admis.

3.2.1.2. Le TB de gestion des patients par la variable admission

Le tableau n°v : Le TB proposé pour la gestion des patients avec la variable admission

Les semestres de l'année n et les années antérieures

1 ^{er} semestre	2 ^e semestre	A-3	A-2	A-1	An
--------------------------	-------------------------	-----	-----	-----	----

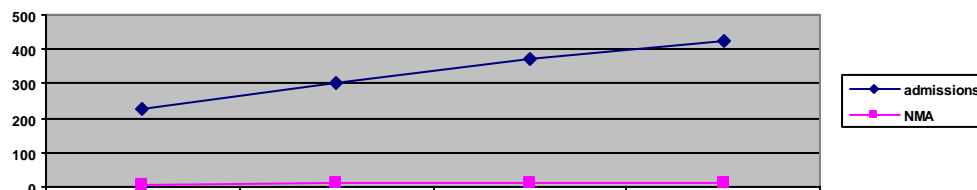
Admissions

NMA

Ce tableau montre le nombre des admissions et le nombre moyen des admis des trois années antérieures et l'année en cours dans ses deux semestres. Il nous renseigne sur des fluctuations temporelles des admis dans le DM.

Le bon pilotage des admissions est représenté par le graphique suivant :

Graphique No 3 : Bon pilotage des admissions



La simple courbe linéaire représente l'évolution des admis et le NMA dans le temps.

3.2.2. La gestion des patients par la variable mortalité

La gestion des patients par la variable mortalité donne une indication sur la qualité des soins reçus. Elle fournit également un excellent exemple des nombreuses précautions à prendre. Elle attire l'attention sur la non qualité. Le canevas ci-dessous montre de gestion des patients par la variable mortalité. Le TMID est un taux global pour toutes les pathologies médicales traitées au niveau du DM.

3.2.2.1. Canevas de gestion des patients par la variable mortalité

Objet de gestion	Les patients
Objectif	Dispenser des soins de qualité pour ne pas avoir des décès au niveau de DM.
Indicateur de qualité	Le nombre des décès. Le taux de mortalité intra_départemental
Origine des données	Le registre du département, la fiche de situation journalière destinée au BAF, les dossiers patients et les billets des décès.
Utilisateurs	Le binôme MC/IC, la direction et les chefs du SAM, SSI, BAF
Périodicité	Trimestrielle et annuelle.
Mode de calcul	Dénombrement des DC

TMID=

Nombre de décès survenus dans le département x

1000

Nombre d'admissions dans le département

Le clignotant	La tendance croissante
---------------	------------------------

3.2.2.2. Le TB de gestion des patients par la variable mortalité.

Le tableau n°vi: Le tableau de bord proposé pour la gestion des patients avec la variable mortalité au niveau du DM

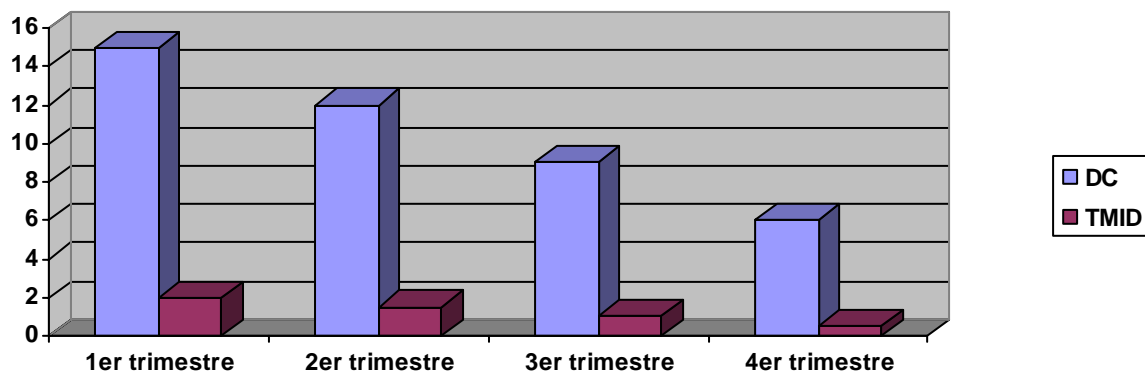
Les trimestres de l'année n et l'année-1

	1 ^{er} trimestre	2 ^{er} trimestre	3 ^{er} trimestre	4 ^{er} trimestre	An	An-1
DC						
TMID						

Ce tableau montre le nombre des décès et le taux mortalité intradépartemental par trimestre de l'année en cours avec une comparaison de l'année antérieure. Il nous renseigne sur des fluctuations temporelles des décès dans le DM.

Le bon pilotage des décès est représenté par le graphique suivant :

Graphique No 4 : Bon pilotage des DC



Cet

histogramme montre l'involution des décès et le taux mortalité intradépartemental dans le temps.

3.2.3. La gestion des patients par la variable SCAM

Un malade qui signe une déclaration attestant qu'il ne souhaite pas rester jusqu'à la date prévue de sa sortie est considéré SCAM. Elle remet en cause la satisfaction des patients hospitalisés dans le DM. Le canevas ci-dessous montre la gestion des patients par la variable SCAM

3.2.3.1. Canevas de gestion des patients par la variable SCAM

Objet de gestion	Les patients
Objectif	Dispenser des soins de qualité et répondre aux besoins des patients pour ne pas avoir des sortants contre avis médical
Indicateur	Le nombre des sortants contre avis médical Le taux des sortants contre avis médical TSCAM
Origine des données	Le registre du département, dossier patient
Utilisateurs	Le binôme MC/IC, la direction, et les chefs du SAM, SSI, BAF
Périodicité	Trimestrielle et annuelle
Mode de calcul	Dénombrement des SCAM $\text{TSCAM} = \frac{\text{Nombre des sortants contre avis médical}^*}{100}$

Nombre total des sortants

Le clignotant	La tendance croissante
---------------	------------------------

3.2.3.2. Le TB de gestion des patients par la variable SCAM

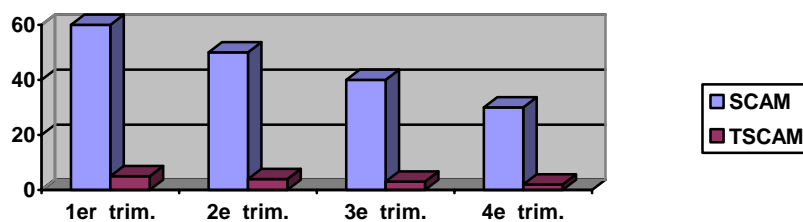
Le tableau n°vii : Le tableau de bord proposé pour la gestion des patients avec la variable SCAM de DM

Les trimestres de l'année n et l'année-1					
1 ^{er} trimestre	2 ^{er} trimestre	3 ^{er} trimestre	4 ^{er} trimesre	A n	A n-1
SCA					
M					
TSC					
AM					

Ce tableau montre le nombre des SCAM et le TSCAM par trimestre de l'année en cours avec une comparaison de l'année antérieures. Il nous renseigne sur des fluctuations temporelles des SCAM dans le DM.

Le bon pilotage des SCAM est représenté par le graphique suivant :

Graphique No 5 : Bon pilotage des SCAM



Cet histogramme montre l'involution des SCAM et le TSCAM dans le temps.

3.2.4. La gestion des patients par la variable séjour

La durée de séjour la plus basse est considérée comme un indicateur Proxy de qualité en raison entre autres de la réduction du risque d'infection hospitalière, du reflet de l'organisation du département, ainsi que de la présence d'un personnel suffisant. La durée moyenne de séjour la plus basse est un signe d'une meilleure efficience de la consommation des ressources hospitalières et de la réduction du risque des patients.

La DMS fournit une indication sur l'efficacité des soins prodigués aux malades.

3.2.4.1. Canevas de gestion des patients par la variable séjour

Objet de gestion	Les patients
Objectif	Réduire la durée de séjour par la dispensation des soins de qualité.
Indicateur	Nombre des journées d'hospitalisations
d'efficacité	Durée moyenne de séjour
Origine des données	Le registre du département, la fiche de situation journalière destinée au BAF, les dossiers patients
Utilisateurs	Le binôme MC/IC et les chefs du SAM, SSI
Périodicité	Semestrielle et annuelle.
Mode de calcul	Dénombrement des journées d'hospitalisations
	$DMS = \frac{\text{nombre de journées d'hospitalisation}}{\text{Nombre d'admission}}$
	C'est le rapport entre le nombre de journées d'hospitalisation réalisées par le DM par unité de temps et le nombre d'admissions pour la même période.

Le clignotant	La DMS dépasse sept jours
---------------	---------------------------

3.2.4.2. Le TB La gestion des patients avec la variable séjour

Le tableau n°xiii : TB de gestion des patients avec la variable séjour

Les semestres de l'année n et les années antérieures

1 ^{er} semestre	2 ^e semestre	A-3	A-2	A-1	An
--------------------------	-------------------------	-----	-----	-----	----

Nombre JH

DMS

Ce tableau montre le nombre des journées d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour pour les trois années antérieures et l'année en cours dans ses deux semestres. Il nous renseigne sur des fluctuations temporelles des durées moyennes de séjour dans le DM.

3.3. Tableau de bord de gestion des ressources humaines

La mise en place d'un TB de gestion des ressources humaines au niveau de DM a pour but la connaissance de l'état de situation concernant le personnel. Le médecin chef et l'infirmier chef du département médecine ont une partie de gestion des ressources humaines à assumer dans leurs fonctions. Le chef de département s'assure de la présence des ressources médicales dans le département et prévoit les listes de garde (le planning de gardes quotidien, hebdomadaire ou occasionnel mentionne le nom, le prénom, la fonction et l'adresse de la personne). Ce planning doit être diffusé et affiché dans l'enceinte du département. Il assure l'encadrement des étudiants et stagiaires. Conjointement avec l'infirmier chef, le médecin chef planifie et gère les ressources humaines au niveau du département (20). Il planifie, coordonne et évalue les activités médicales du départements et les ressources requises. Il planifie et gère les ressources du département et coordonne les activités professionnelles des médecins dans son département. Il évalue les besoins de formation continue du personnel médical et soins infirmiers. Il participe à l'intégration du personnel nouvellement affecté au sein du département (16). L'infirmier chef planifie les horaires de travail du personnel, et les périodes de garde en fonction des malades et des ressources humaines disponibles. Il planifie les congés, les vacances et les périodes de récupération.

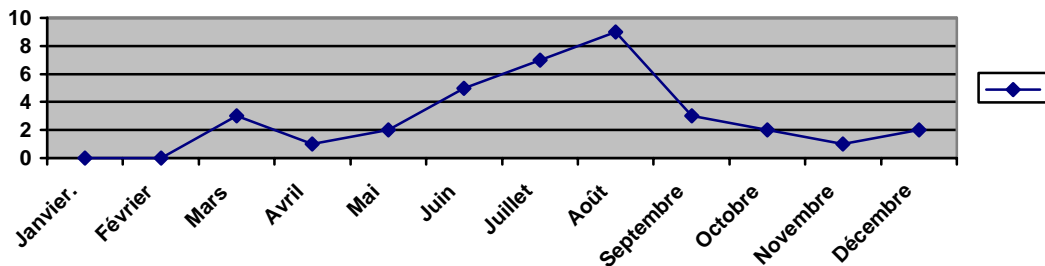
Il répartit les tâches au personnel en tenant compte de son expertise, de sa disponibilité, du volume et de la nature des besoins. Il prépare et transmet les demandes du personnel (congés, attestations de travail) à l'unité des ressources humaines.

Nous pouvons résumer que la gestion des ressources humaines au niveau du département concerne les variables absentéisme, formation continue et congés annuels.

3.3.1 La gestion des ressources humaines par la variable absentéisme

« L'absentéisme est généralement définie comme la non présence au travail ; il s'agit de l'expression personnelle qui se traduit par la diminution, volontaire ou non de son temps réglementaires du travail (7).L'absentéisme renseigne sur la fluctuation des besoins en effectif en lien avec les journées de travail et les lits occupés dans le département. Elle nous renseigne aussi sur les problèmes éventuels du personnel non présent. Il pourrait avoir un impact sur la qualité du service rendu. En ce qui concerne l'absentéisme justifié et non justifié, nous avons consulté le cahier de présence, le planning horaire de travail hebdomadaire et le planning des congés annuels et on a utilisé une fiche de recueil (Voir annexe No7) des données pour identifier les dysfonctionnements afin de proposer des indicateurs dans le tableau de bord de gestion des ressources humaines au niveau du DM. Nous avons identifié que la densité de personnel varie en fonction de la présence ou de l'absence des professionnels au niveau du département. La densité du personnel au niveau du département a une incidence sur la productivité. Pour les congés annuels on a pu relever la mauvaise répartition des congés annuels entre les mois de l'année. Le graphique ci-dessous montre cette répartition :

Graphique No 6 : Répartition des congés annuels de l'année 2005



Un grand nombre des bénéficiaires se situe dans les mois de Juillet et Août.

En faisant référence à l'étude faite par l'expert travaillant dans le cadre du PFGSS sur la GRH à l'hôpital de Béni Mellal (17) « du Lundi au Vendredi un infirmier pour cinq lit occupés ; le Samedi et le Dimanche un infirmier pour quinze lits occupés.

3.3.1.1. Canevas de gestion des RH par la variable absentéisme

Objet de gestion Les ressources humaines

Objectifs	Optimiser le rendement et la productivité des ressources humaines dans les prestations de soins.
-----------	--

	<p>Répartir la charge du travail et les congés annuels</p> <p>Répartir les effectifs tout au cours de l'année pour garantir la continuité des soins.</p>
Indicateurs de productivité	<p>Le taux d'absentéisme (TA)</p> <p>Les congés annuels étalés dans l'année</p> <p>Le ratio infirmier lit</p>
Origine des données	<p>Le cahier journalier de présence, le planning des CA et le registre du DM.</p> <p>Le registre des patients</p> <p>Fiche hebdomadaire de l'horaire de travail</p> <p>Le planning annuel des congés administratifs</p>
Utilisateurs	Le binôme MC/IC, direction et les chefs d'URH, SAM, SSI,
Périodicité	Mensuelle et annuelle
Modes de calcul	<p>Le nombre des absents/ le nombre des présents x 100 =TA</p> <p>le nombre des personnes en congé dans le mois= nombre total des personnes travaillant dans le DM/12</p> <p>nombre des infirmiers/nombre des lits occupés=RIL</p>
Les clignotants	<p>le taux d'absentéisme dépasse 30%.Le nombre d'infirmier/lit occupé/semaine inférieur à la référence (un infirmier pour 5 lits du lundi au vendredi ; un infirmier pour 15 lits occupés le samedi dimanche)</p> <p>Déséquilibre de répartition des CA entre les mois de l'année.</p>

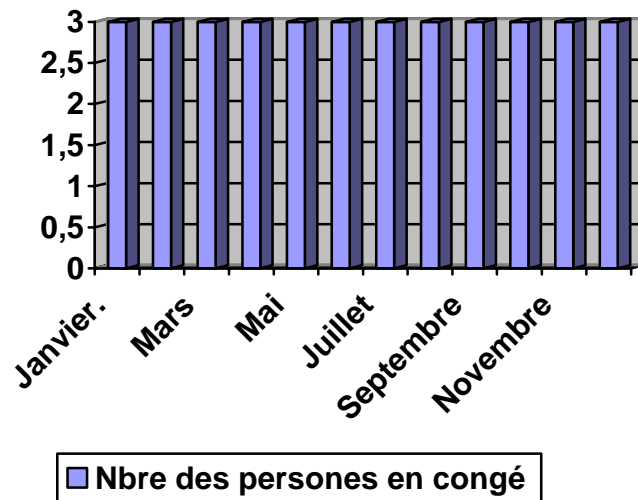
3.3.1.2. Le tableau de bord proposé pour la gestion des ressources humaines avec la variable absentéisme

Le tableau n°ix : le tableau de bord proposé pour la gestion des ressources humaines avec la variable absentéisme

Les mois de l'année n													An	An-1
Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	An	An-1
CA														
NMA														
RIL														

Ce tableau montre le nombre des personnes en congé, le nombre moyen des absents et le ratio infirmier lit dans les douze mois de l'année en cours et de l'année antérieure. Il nous renseigne sur le déséquilibre des CA étalés sur l'année, les absences et la densité du personnel infirmier. Le graphique ci-dessous montre le bon pilotage des CA pour les 35 personnes travaillant dans le DM.

Graphique No 7 : Bon pilotage des congés annuels :



Cet histogramme montre un équilibre dans le départ des congés annuels entre les mois de l'année. Pour un bon pilotage des congés annuels, on doit veiller à une répartition équilibrée entre les mois de l'année pour avoir un nombre suffisant de jours de travail du personnel par lit occupé.

3.3.2. La gestion des ressources humaines par la variable formation continue

La formation continue constitue un processus d'actualisation de connaissances et de compétences de tout le personnel du DM le long de sa carrière dans le but d'aller en parallèle avec les nouveautés professionnelles. La formation des professionnels du département en fonction de leurs besoins, améliore la qualité des prestations. La variable formation continue nous renseigne non seulement sur l'amélioration des compétences des professionnels mais également sur leur motivation, leur accompagnement, et leur habitude à un travail d'équipe. La formation continue s'inscrit dans le cadre de l'apprentissage organisationnel que le département doit permettre à son personnel pour le développement de leur carrière professionnelle.

Le SSI et le SAM organisent des sessions de formation pour les médecins et les infirmiers, celles-ci sont reportées sur un registre réservé à cet effet. Le canevas ci-dessous montre la gestion des ressources humaines par la variable formation continue concernant les médecins et les infirmiers.

3.3.2.1. Canevas de gestion des ressources humaines par la variable formation continue

Objet de gestion Les ressources humaines

Objectifs	Développer les compétences des professionnels par des sessions de formation continue adaptées aux besoins.
Indicateurs de production	Nombre des sessions de formation par an Proportion des médecins ayant bénéficié de formation (PMF) Proportion des infirmiers ayant bénéficié de formation (PIF)
Origine des données	Le plan annuel de formation continue Registre des sessions de formation

Utilisateurs	Le binôme MC/IC ,la direction, et les chefs d'URH SAM, SSI
Périodicité	Annuelle
Modes de calcul	Dénombrement des sessions de formation <u>Nombre des médecins formés</u> = PMF Total des médecins du département <u>Nombre des infirmiers formés</u> =PIF Total des infirmiers du département
Le clignotant	Absence de formation continue La non adéquation entre les sessions de formation prévues et les sessions de formation réalisées.

3.3.2.2. Le TB de gestion des RH par la variable FC.

Tableau n°x : Le TB proposé pour la gestion des RH par la variable FC.

Résultats annuels

	Année-3		Année-2		Année-1		Année	
	prévu	Réalisé	prévu	Réalisé	prévu	Réalisé	prévu	Réalisé
Nombre sessions								
	Année-3		Année-2		Année-2		Année	

PMF**PIF**

Ce tableau montre la différence entre les sessions de formation prévues et les sessions réalisées, la proportion des médecins formés et la proportion des infirmiers formés de l'année en cours et des trois années antérieures.

Les références : Adéquation entre les sessions de formation prévues et les sessions de formation réalisées, PMF =1 et PFI=1.

3.4. Tableau de bord de gestion des médicaments

Au niveau du département de médecine, le médecin chef aidé par l'infirmier chef, établit la commande selon la consommation quotidienne et le sous stock du DM. L'infirmier chef prépare les bons de commande concernant les produits pharmaceutiques et accuse réception.

La demande est formulée périodiquement sur des carnets à double exemplaire, la livraison se fait selon un calendrier mensuel pré-établi. Il coordonne les activités relatives à la distribution des soins et traitement (20).

L'enregistrement régulier des prescriptions et l'administration des médicaments aux patients est une activité primordiale pour assurer la traçabilité de ces produits depuis leur commande jusqu'à leur utilisation par le patient. Cette traçabilité est assurée par des supports d'information qui sont : le registre des entrées et sorties (la main courante) la fiche individuelle de suivi des sous stocks, le bon de commande et le cahier des prescriptions. Pour cela il faut faire une commande adéquate, une prescription selon les besoins du patient et un bon suivi du stock.

La maîtrise de la consommation des médicaments est une grande responsabilité qui se pose au binôme responsable du département de médecine.

Les questions qui se posent, aux responsables du département de médecine, portent sur les trois grandes fonctions logistiques du cycle de gestion des médicaments:

Quels sont les médicaments à sélectionner et à quelles quantités ?

Quelles méthodes et modalités de commande des médicaments auprès de la pharmacie de l'hôpital ?

Comment stocker et distribuer les médicaments au niveau du DM ? (18)

La réponse à ces trois questions ci dessus nous a permis de dire que les informations existantes dans les différents supports concernant la gestion des médicaments ne permettent pas l'identification des indicateurs pertinents. A ce propos les responsables sont persuadés que le tableau de bord n'est pas une panacée à des systèmes d'information déficients, mais au contraire le TB met en lumière les déficiences du système d'information. Pour combler ce vide nous avons mis en place des systèmes d'information à savoir le registre des prescriptions des médicaments par spécialité et par pathologie, le registre de la main courante et le registre des médicaments achetés par le malade. Ils ont classé les ordonnances dans le dossier patient et la tenue à jour des fiches de stocks existantes.

La gestion des médicaments par les variables : proportion des médicaments reçus, et la période de rupture de stocks sont retenues :

- Proportion des médicaments reçus par rapport à la commande
- Période de rupture de stocks par produit

Le canevas ci-dessous montre la gestion des médicaments

3.4.1. Canevas de gestion des médicaments

Objet de gestion

Les médicaments

Objectifs	<p>-Assurer le suivi de la consommation : Adéquation entre les médicaments reçus et les médicaments commandés</p> <p>-Ajuster les commandes et identifier les produits qui sont souvent en rupture.</p> <p>-Suivre le budget des médicaments alloués au DM.</p>
Indicateurs de production	<p>Proportion des médicaments reçus par rapport à la commande</p> <p>Période de rupture de stocks par produit</p>
Origine des données	<p>Le cahier des prescriptions</p> <p>Les bons de commande</p> <p>La fiche individuelle de suivi du stock</p> <p>Le registre de la main courante</p>
Utilisateurs	<p>Le binôme MC/IC, la direction, le pharmacien, les chefs du SSA, SAM, SSI</p>
Périodicité	<p>Annuelle</p>
Modes de calcul	<p>Budget des médicaments reçus période / Budget total des médicaments commandés période = PMR/MC</p> <p>C'est un agenda de rupture de stocks pour chaque</p>

	produit dans l'année avec le nombre de jours.
Les clignotants	Quantité reçue < à la quantité commandée Médicament commandé en rupture

3.4.2. TB de gestion des médicaments

Tableau n°xi : TB proposé pour la gestion des médicaments

	Années			
	A-3	A-2	A-1	A
Rupture	Jours	Jours	jours	Jours
de stock				
Produit 1				
Produit 2				
Produit n				
	En dirhams	En dirhams	En dirhams	En dirhams
PMR/MC				

Ce tableau montre la rupture de stock des produits, la proportion des médicaments reçus par rapport à des médicaments commandés de l'année en cours et des trois années antérieures.

3.5. Le tableau de bord de gestion des soins

La qualité des soins veut dire : les prestations de soins augmentent la probabilité de résultats de santé souhaitables, et qui sont conformes aux connaissances professionnelles. D'après Avedis Donabedian « fournir des soins de qualité consiste à appliquer la science médicale de manière à maximiser les résultats qui en tire sans pour cela augmenter les risques »

Les variables proposées par le groupe de travail pour la bonne gestion des soins sont au nombre de deux à savoir l'escarre et la réadmission.

L'escarre est une variable retenue pour des raisons suivantes à savoir la durée de séjour est supérieure à trois jours, la moyenne d'âge des patients est élevée et affection réduisant la mobilité des patients (affections neurologiques, cardiaques). Cette affection est une complication de l'hospitalisation. Elle entraîne d'une part pour le patient de l'inconfort, des douleurs, une aggravation de la diminution de la mobilité ainsi qu'un rallongement de son temps de séjour à l'hôpital. D'autre part, elle induit pour le système de santé des coûts en termes d'heures de soins et de journées d'hospitalisation supplémentaires et de traitement.

La réadmission est une variable retenue du fait, qu'un patient qui quitte trop vite l'hôpital ou qui n'a pas été traité dans les règles de l'art a probablement plus de risques d'être ré hospitalisé à cause d'une rechute ou d'une complication de sa maladie. Une proportion importante des réadmissions serait évitable par des soins plus appropriés prodigués lors de l'hospitalisation initiale, Le délai retenu d'une réadmission est d'un mois (taux de réadmissions non prévues dans les 31 jours après la sortie)

3.5.1. Canevas de gestion des soins

Objet de gestion Les soins

Objectifs	Les soins
	<p>Augmenter la probabilité de résultats de santé souhaitables tout en évitant l'exposition aux risques d'escarres par la mise en place des moyens de prévention concernant l'hygiène, le nursing et la nutrition.</p> <p>Réduire le nombre important de réadmission par des soins appropriés prodigués lors de l'hospitalisation initiale</p>

Indicateurs de qualité	<p>Une estimation simplifiée du taux d'attaque est fournie par RE en rapportant le nombre de nouveaux cas d'escarre pendant une période déterminée au nombre d'entrées pendant la même période.</p> <p>Le nombre des patients réadmis dans le mois qui suit la sortie.</p>
Origine des données	Le registre du DM, la fiche de soins de 24 heures, la feuille de température, le dossier patient.
Utilisateurs	Le binôme MC/IC Le médecin chef, l'infirmier chef, les chefs de SAM et de SSI.
Périodicité	Mensuelle
Modes de calcul	<p>$RE = C/A * 100$</p> <p>C=Nombre de nouveaux cas d'escarre pendant une période déterminée</p> <p>A=Nombre d'entrées pendant la même période</p> <p>$TxR = \frac{\text{le nombre des patents réadmis de la période}}{\text{Le nombre des patients admis de la période}} * 100$</p>
Les clignotants	Présence de cas d'escarres

	Présence de cas de réadmission non prévu
--	--

3.5.2. TB de gestion des soins avec les variables escarre et réadmission

Tableau n°xii : TB proposé de gestion des soins avec les variables escarre et réadmission

	Les mois de l'année n														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	1	1	A	A-	
										0	1	2	n	1	
Les réadmissio ns															
TxR															
Les escarres															
RE															

Ce tableau montre le taux de réadmission et le ratio d'escarre dans les mois de l'année en cours et l'année antérieure.

3.6. Le tableau de bord de gestion des équipements biomédicaux :

Au niveau du DM existe des équipements biomédicaux concernant les spécialités de cardiologie la gastroentérologie et la pneumologie à savoir les aspirateurs, l'appareil ECG, le fibroscope et le spiromètre. Ces appareils sont sous la responsabilité directe des médecins concernés. Il n'existe pas de supports

d'informations de gestion de ces équipements. Les responsables du DM avec l'ingénieur biomédical de l'unité régionale se sont mis d'accord sur un registre contenant des informations utiles pour le suivi de ces équipements.

Les informations nécessaires pour une bonne gestion de ces équipements peuvent être résumées dans les délais d'intervention pour un appareil en panne, la périodicité de la maintenance préventive.

3.6.1. Canevas de gestion des équipements biomédicaux

Objet de gestion

Les équipements biomédicaux

Objectifs	Réduire le délai des pannes des équipements biomédicaux pour avoir un équipement disponible Maintenir un délai régulier d'intervention de la maintenance préventive pour le bon fonctionnement des équipements biomédicaux
Indicateurs de production	TMBF en jours Maintenance préventive réalisée sur ces équipements
Origine des données	Registre des équipements biomédicaux
Utilisateurs	Le binôme MC/IC, la direction, les techniciens, l'ingénieur biomédical, SAA, SAM, SSI

Périodicité	Mensuelle et annuelle
Modes de calcul	C'est un agenda d'immobilisation pour chaque équipement dans le mois de l'année avec le nombre de jours.
Les clignotants	La maintenance préventive non réalisée Équipement en panne dépassant une semaine

3.6.2. TB de gestion des équipements biomédicaux

Tableau n°xiii : TB proposé pour la gestion des équipements biomédicaux

Mois de l'année n

TMBF	en														
jours		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	1	1	A	A
											0	1	2	n	-1

Équipement

No 1

Équipement

No 2

Nbre	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D
JH	M	b	M	b	M	b	M	b	M	b	M
	S	re	S	re	S	re	S	re	S	re	S
		J		J		J		J		J	
		H		H		H		H		H	

La gestion des ressources humaines

Les mois de l'année n

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	1	1	A	A
										0	1	2	n	-
CA														1

NMA

RIL

Les années

Formation	A-3		A-2		A-1		An	
continue	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé
		é		é		é		

Nombre de

sessions de

FC

PMF

PIF

La gestion des médicaments

Les années

	A-3	A-2	A-1	An
Rupture de	Jours	Jours	jours	Jours
stock				

Produit 1

Produit 2

Produit n

Comme l'infirmier chef assure le volet administratif dans le DM, il est le responsable de la collecte des données qui doivent figurer dans le tableau de bord.

Le médecin chef de département assure la supervision, intervient dans la formation et la négociation avec le niveau stratégique

Le tableau de bord de gestion du DM est adopté immédiatement après sa construction vue l'implication du chef de SAM et le chef du SSI. La disponibilité du papier et les photocopieuses facilite l'adoption du TBGDM. Une éventuelle formation en informatique pour développer un TBG informatisé est à l'ordre du jour.

En effet, le tableau de bord construit est totalement adapté à la taille, et à l'activité du DM.

VII. Contraintes et limites

Après avoir explicité la démarche de construction du TBGDM et l'avoir implanté au niveau du département de médecine, des éléments de réflexion générale vont être apportés sur les limites et les contraintes du travail.

- **Les limites :**

- ✓ Le choix et la validation définitive des indicateurs attribués à chaque variable ont été faits uniquement d'une manière consensuelle entre les membres de l'équipe de travail.
- ✓ Le TBGDM utilise des indicateurs descriptifs qui traduisent une vue verticale du DM.
- ✓ A l'état actuel des choses nous ne pouvons pas comparer cette gestion du département par l'outil(TBGDM) élaboré dans ce travail à celle proposé par Kaplan et Norton qui englobe tous les paramètres permettant de mesurer la performance d'une organisation. Le département est une organisation récente. La dimension médico-économique, qui vise particulièrement l'amélioration de l'efficacité de la production des soins, n'est pas présente dans ce travail vue la méconnaissance du budget alloué au département, les diversités de ressources non comptabilisées, la non adoption d'un système permettant une adéquation de deux logiques à savoir l'économique et le médical, les dépenses de personnel est pris en charge par l'état, la grande part des médicaments est achetée par le patient.

- **Les contraintes**

- ✓ Perte de temps par la mise en place de certains supports informationnels.
- ✓ Temps insuffisant pour amorcer l'exploitation du TBGDM par la déclinaison de manière opérationnelle les données recueillies.

- ✓ La disponibilité des différents acteurs qui sont submergés par le travail quotidien et la multiplicité de chantiers entrepris dans le cadre du PFGSS.

IX. Recommandations et propositions

- Approfondir la conception du tableau de bord en évitant les erreurs d'interprétation de l'information fournie par l'indicateur. Le tableau de bord devra bien expliciter les limites propres à chaque indicateur.
- Mettre sur pied d'un système d'information de base à partir duquel on extrait tous les indicateurs utiles pour la construction d'un tableau de bord à savoir la tenue du dossier patient, résumé clinique standard, fiche de soins et de surveillance infirmiers, fiche des prescriptions thérapeutiques, fiche journalière des mouvements des patients, registre des activités par spécialité.
- Fixer des objectifs réalistes
- Acquérir des connaissances plus approfondies en matière d'informatique pour établir des applications alimentant le tableau de bord de gestion.
- Déterminer qui sera responsable de gérer le tableau de bord une fois implanté
- Faire évoluer le tableau de bord en fonction des préoccupations de gestion : le tableau de bord n'a utilité que s'il évolue au rythme des préoccupations de gestion et des systèmes d'information qui l'alimentent.
- Disposer d'une période d'expérimentation du tableau de bord.
- Profiter de la dynamique créée par la réforme hospitalière pour renforcer les échanges d'information concernant les domaines de gestion des binômes MC/IC des différents départements dans l'objectif de développement du TBG.
- Développer une culture organisationnelle axée sur la mesure chez les gestionnaires des départements.
- Exploiter attentivement les données recueillies du TBGDM afin de prendre des décisions éclairées

Conclusion

Le tableau de bord est un véritable outil d'aide à la décision sans lequel toute démarche d'amélioration est impensable. Il présente des informations essentielles sur le processus de gestion d'une organisation. Il permet un pilotage clair par l'utilisation d'indicateurs choisis, donc d'améliorer les processus de réflexion décisionnelle. Le TBGDM a fait ressortir l'essentiel des données des systèmes d'information. La sélection, l'agencement et la présentation de l'information (les indicateurs) de façon sommaire et ciblée ont donné un portrait final du TBGDM. Ce dernier a fourni des indicateurs pertinents, souligné les exceptions, les écarts et les tendances. Le TBGDM est un outil qui a permis l'intégration de l'information de façon à aider le binôme médecin chef et l'infirmier chef à prendre des décisions qui répondent aux exigences de la performance. Ainsi le médecin chef et l'infirmier chef ne se font pas devancer par les événements et gèrent la chose au jour le jour. Avec le TBG implanté au niveau du DM, le médecin chef et l'infirmier chef deviennent des gestionnaires proactifs et avertis. Le TBGDM permet la maîtrise de gestion des patients, des lits, des ressources humaines, des équipements biomédicaux, des médicaments et des soins. C'est un outil devant être utilisé par les responsables, a priori le médecin chef et l'infirmier chef du département. Il s'agit du passage à une gestion déconcentrée avec une délégation forte auprès des responsables du département.

Construire un tableau de bord du département de médecine est une opération complexe et non compliquée. Cette opération est apprivoisée par l'adoption du modèle conceptuel métaphorique qui est le canevas de gestion.

Malgré les contraintes citées ci-dessus, le TBGDM élaboré reste une première étape d'apprentissage et une prise de conscience dans la participation à l'amélioration de la performance d'une organisation. Le TBGDM demeure un outil de base pour être développé et sert comme base pour l'élaboration des TB pour les autres départements organisés dans le cadre de la réforme hospitalière.

Au total, nous avons conçu, construit et implanté un TBGDM qui va contribuer inéluctablement à l'amélioration de la performance du département de médecine.

Le TBGDM ouvre la voie à l'élaboration d'un TB qui répond aux impératifs médico- économiques et aux exigences de la performance décrites par KAPLAN et NORTAN.

Références bibliographiques

- 1) **Alain Fernandez**, les nouveaux tableaux de bord des managers, Ed des organisations, 2003 (446 p).
- 2) **Alain Fernandez**, l'essentiel du tableau de bord, Ed d'organisation 2005, (291 p).
- 3) **Bouquin H.**, les fondements du contrôle de gestion, Paris, PUF, 1994. (128 p).
- 4) **Daniel BOIX** ; Le tableau de bord ; Editions d'organisation, Paris ,1998(280 p).
- 5) **Jean-Pierre CLAVERANNE**,Repenser les processus à l'hôpital, Ed.Médica, 2004(258 p).
- 6) **Jacques de Guery- Jean Claude Gui Riel- Jacques Lavergne** ; Principes et mise en place du tableau de bord de gestion; 6^{ème} édition ; Paris ; 1990. (296 p).
- 7) **J.M.Bnmati**, Les ressources humaines à l'hôpital, éditions Berger- Levraud 1998(185 p)
- 8) **KAPLAN.R.S E et NORTAN DT** : Le tableau de bord prospectif : Pilotage stratégique, les quatre axes du succès » Ed d'organisation 1998. (205 p).
- 9) **LORINO.Philippe** : « Méthodes et pratiques de la performance » : le guide de pilotage. Les éditions d'organisation ,1997 (512 p).
- 10) **MASSE,Pierette** : »Systèmes d'information de communication et de performance organisationnelle »;Télé-université QUEBEC,1994(292 p).
- 11) **Paul-Henri Gauthier, Alain Grenon, Gérard Pinson et Eliane Rameau** ; le contrôle de gestion à l'hôpital, centre hospitalier régional de Bordeaux ,1979 (194 p).
- 12) **P.Mykita,J.Tuszynski**, contrôle de gestion,comptabilité analytique 2,Ed. Foucher ,2001(224 p).
- 13) **Pierre Voyer**, Tableau de bord de gestion, ed.Ste-Foy, 1994(318 p).
- 14) **Pierre Voyer**, Tableau de bord de gestion et indicateurs de performance, 2^{ième} édition, Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy, 1999, (446 p).
- 15) **Assistance publique Hôpitaux de Paris**, Conduite du projet, 1996(26p)
- 16) **Ministère de la santé**, Pôle D : Gestion des Ressources Humaines, Cahier des postes des hôpitaux2^{ème}.version, Mars, 2004(206p).
- 17) **Ministère de la santé**, Livrable pôle D, GRH, étape 4, plan d'effectif élaboré par l'assistante technique en poste à l'hôpital Ben Mellal, Mai 2003(93 p).
- 18) **Ministère de la santé**, Guide méthodologique, gestion de la pharmacie, DHSA, 2002(107p).
- 19) **Ministère de la santé**, Cadre normatif du SIGho, 2001(162 p).
- 20) **Ministère de la santé**, Règlement intérieur des hôpitaux, DHSA, 2004(67 p).

Annexes

Annexe No1 : Programme des réunions et rencontre

Mois	Février 2006	Mars 2006	Avril 2006	Mai 2006	Juin 2006
------	-----------------	--------------	---------------	-------------	--------------

Semaines

Activités

Information et sensibilisation des responsables sur le projet de stage :

- Délégué du M.S
- Les chefs de SAA, SAM, SSI
- Les présidents de CMDP, CI

Formation des structures du projet :

- Comité de pilotage
- Comité de travail

Séances d'information et de sensibilisation des médecins chefs et des infirmiers chefs des départements sur le projet et l'importance du TBG

Entretien avec le chef de la division des hôpitaux sur la démarche du travail

Entretiens ponctués d'observations sur les

performances et les problèmes du DM

séance de formation sur le TBG pour les
membres du comité de travail

Séance d'information sur l'état
d'avancement du projet avec le comité de
pilotage

1^{ère} rencontre avec le comité de stage

INAS à Rabat

Entretiens avec des responsables de
l'UMER et de SEIS

Rencontre avec le comité de pilotage :
Evaluation du travail et validation de la
démarche

Rencontre avec le maître de stage pour
validation du

2^{ème} rencontre avec le comité de stage

INAS à Rabat

Rencontre avec un comité
multidisciplinaire pour validation du
TBGDM avant son implantation

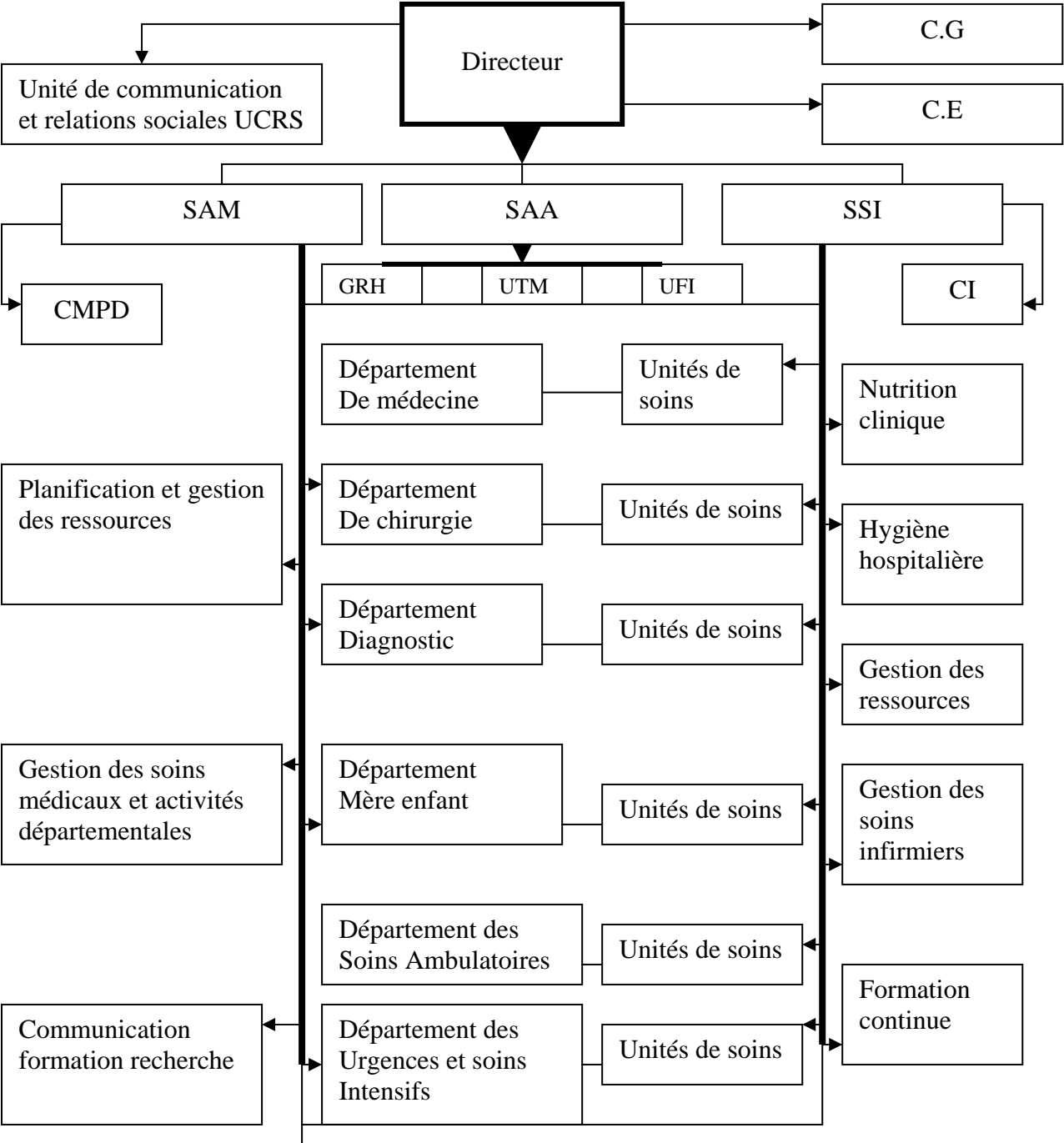
Rencontre avec les

opérationnels Implantation du TBGDM

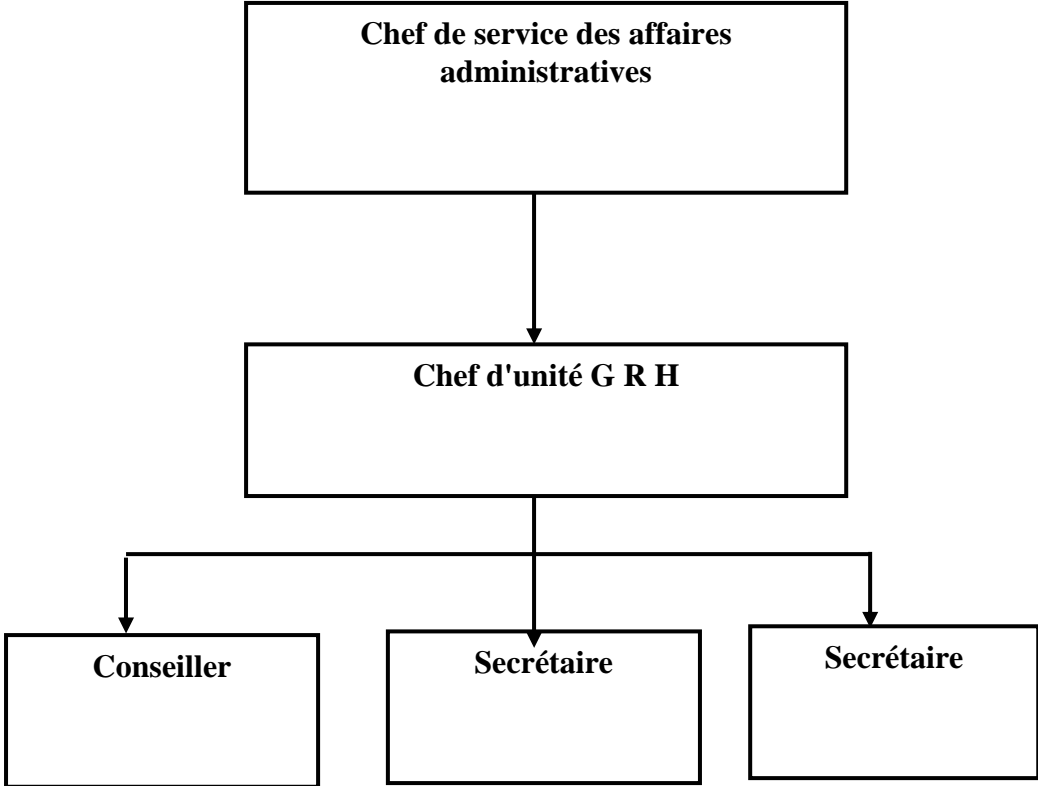
rencontre avec le maître de stage pour

L'évaluation du projet

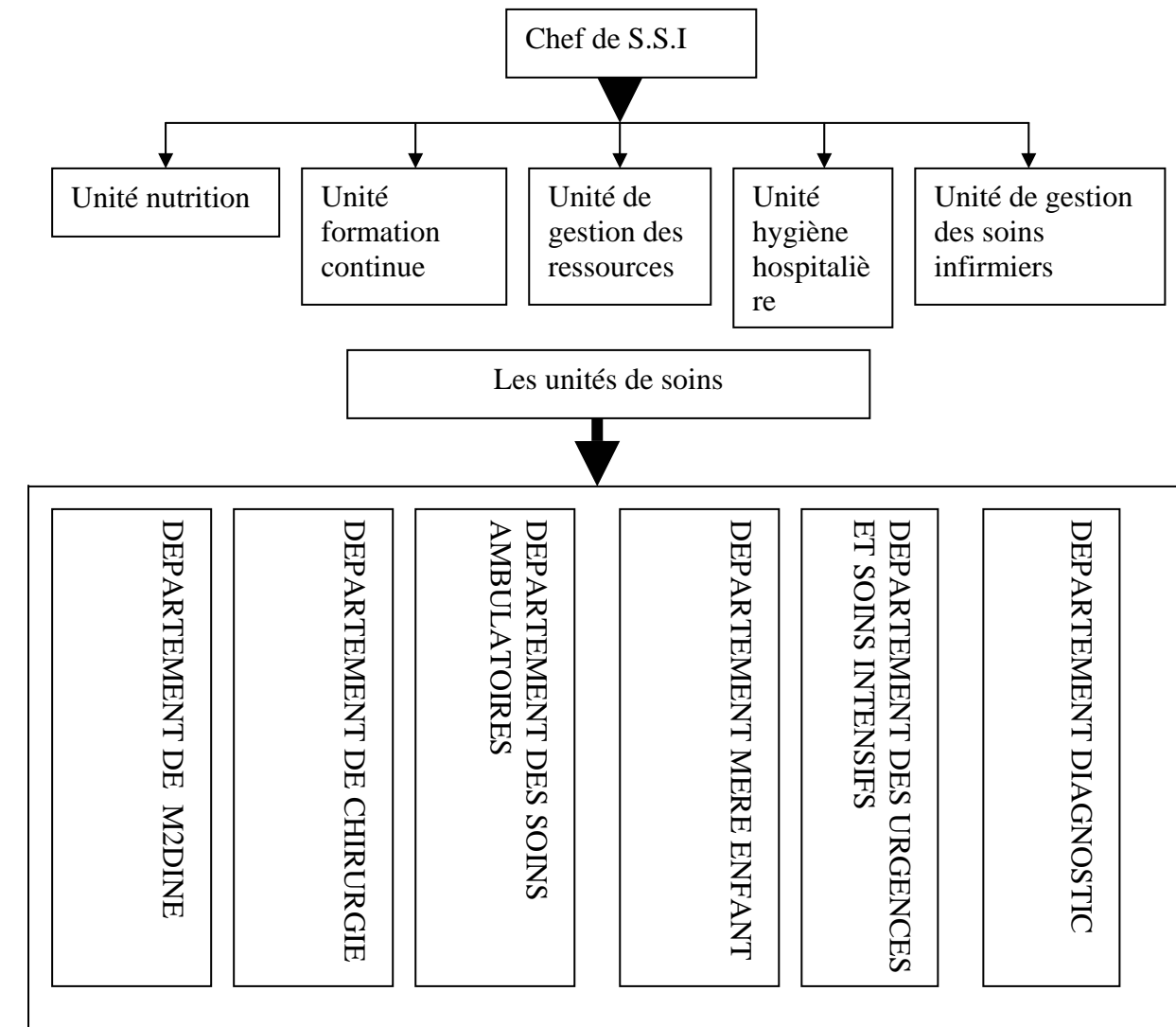
Annexe No 2.Organigramme de l'hôpital Hassan II de Settat.



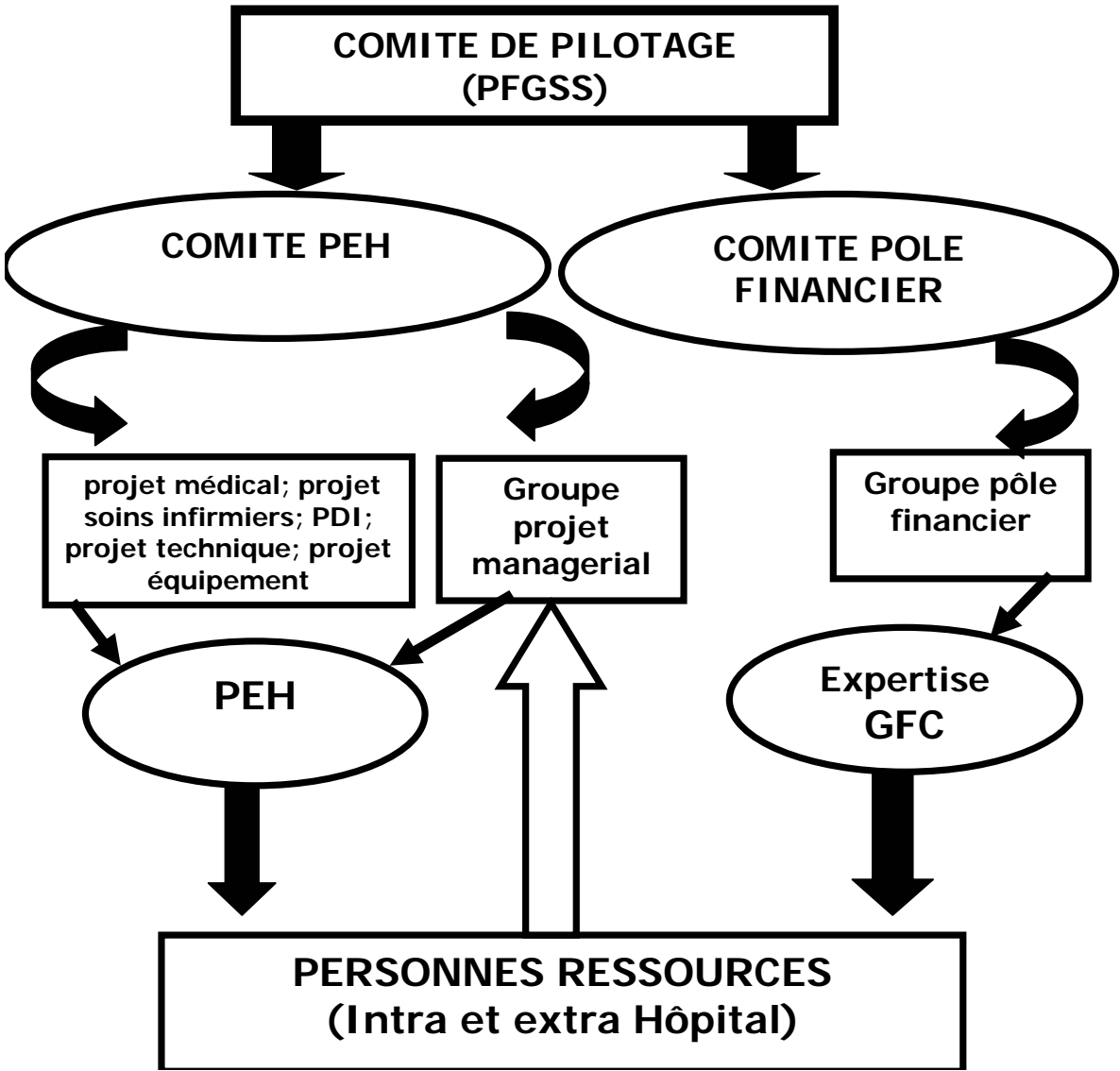
Annexe No 3 : Organigramme de l'UGRH



Annexe No 4 : Organigramme de service des soins infirmiers



Annexe No 5 : Schéma synoptique du comité PFGSS



Annexe No6 : Tableau de bord de médecine proposé par le SIGho

	Résultats mensuels	Résultats annuels			
--	--------------------	-------------------	--	--	--

Nature de l'absence	Absence concernée	Dispositions prises	Résultats	Dysfonctionnements
Absence régulière et prévisible	Les jours fériés y compris le samedi et le dimanche	Planification des horaires de travail hebdomadaire	Planifier à l'avance	
	Repos compensateur	Planification des horaires de travail hebdomadaire	Planifier à l'avance	
	Les congés annuels	Planification des congés annuels	Planifier à l'avance mais perturbé au cours de l'année	L'inégalité de répartition des congés annuels entre les mois de l'année.
Absence régulière et non	Maternité	Problème de remplaçante	NP	Diminution de l'effectif
	Accident de	Problème de	NP	Diminution de

prévisible	trajet	remplaçant(e)		l'effectif
	Accident de travail	Problème de remplaçant(e)	NP	Diminution de l'effectif
	La grève	Problème de remplaçant(e)	NP	Diminution de l'effectif
Absence irrégulière et non justifiée	Aucune justification	Problème de remplaçant(e)	NP	Perturbation de la planification des soins

CURRICULUM VITAE

Nom : MAKANI
Prénom : Ahmed

Etat matrimonial : Marié, père de 04 enfants
Date de naissance : 01/01/1952
Lieu de naissance : Settat
Diplômes : Titulaire du diplôme d'état d'infirmiers en 1973.
: Titulaire du diplôme de l'école des cadres du MSP en 1987(option = enseignement paramédical).

Date de recrutement : 01/07/1973

Postes occupés :

- Infirmier soignant en chirurgie : Hôpital Hassan II Settat (1973)
- Infirmier chef en chirurgie : Hôpital Hassan II Settat (1973-74)
- Enseignant à l'IFCS Settat (1974-87)
- Responsable de l'unité de formation continue Hôpital Hassan II Settat (1989-92)
- Chef de service des soins infirmiers Hôpital Hassan II Settat (1992-2004)