

ROYAUME DU MAROC



Ministère de la Santé

**PRINCIPES GENERAUX DE
PLANIFICATION STRATEGIQUE
A L'HOPITAL**

A. Belghiti Alaoui, MD. MPH.

Rabat, Novembre, 2001

Edition 2005

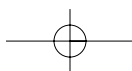
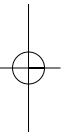
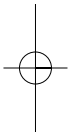


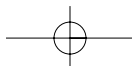
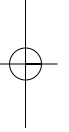
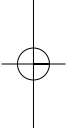
TABLE DES MATIERES

	Page
Introduction	1
PARTIE I: PRINCIPES D'ANALYSE ET D'ORGANISATION	
HOSPITALIERE	5
1. Analyse de l'hôpital comme élément d'un système de soins	8
1.1. Les soins directs aux patients	8
1.2. La participation à la gestion des programmes sanitaires	9
1.3. La formation et l'encadrement du personnel	9
1.4. Le soutien administratif et gestionnaire	9
2. Analyse de l'Hôpital comme une organisation	11
2.1. La notion d'organisation	11
2.2. Les organisations publiques	13
2.3. Pour une typologie des organisations de santé	15
2.4. L'hôpital, une organisation de production de soins et services ...	16
2.5. L'analyse organisationnelle de l'hôpital	17
3. Analyse empirique des fonctions de l'hôpital public au Maroc	22
3.1. Mission de soins	23
3.2. Mission de développement professionnel	24
3.3. Mission de santé publique	26
3.4. Mission économique et managériale	27
PARTIE II: PLANIFICATION STRATEGIQUE, CONCEPTS ET	
MODELES	31
1. La planification et la stratégie	33
1.1. C'est quoi la planification	33
1.2. C'est quoi la stratégie	34
1.3. De la planification à la planification stratégique	37

	Page
2. La planification sanitaire au Maroc	40
2.1. La planification sanitaire	40
2.2. Organisation du REH	40
2.3. Typologie des hôpitaux publics au Maroc	41
PARTIE III: LA PLAN DIRECTEUR HOSPITALIER OU PROJET	
D'ETABLISSEMENT	45
1. Présentation de l'outil	47
1.1. C'est quoi le projet d'établissement hospitalier	47
1.2. Composantes du projet d'établissement	48
2. Eléments du contexte	51
2.1. Réforme du financement	51
2.2. Réforme hospitalière	51
2.3. Régionalisation	52
3. Diagnostic hospitalier	53
3.1. Analyse de la morbidité et du bassin de desserte de l'hôpital .	53
3.2. Analyse de la performance hospitalière	56
3.3. Analyse stratégique (Diagnostics interne et externe)	56
4. Formulation du projet d'établissement	56
4.1. Le projet managérial	57
4.2. Le projet médical	58
4.3. Le projet de soins infirmier	61
4.4. Le système d'information et de gestion hospitalière	61
4.5. Le plan d'équipement et de la maintenance	62
4.6. Le plan directeur	63
4.7. Le plan de financement	63
5. Modalités de mise en œuvre et de suivi	64
5.1. Assise juridique	64
5.2. Démarche de réalisation	64
5.3. Modalités de suivi	65
Conclusion	66

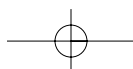
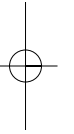
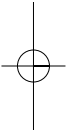


Principes Généraux de Planification Stratégique à l'Hopital





Principes Généraux de Planification Stratégique à l'Hopital



INTRODUCTION

La démarche du projet d'établissement est le résultat d'une conciliation entre une vision médicale professionnelle et une vision économique et managériale de l'hôpital. Le rapprochement entre ces deux visions est actuellement organisé dans le cadre d'une nouvelle branche disciplinaire appelée Administration de la santé (Health administration ou Health care management). Les justifications qui étaient derrière la naissance de cette branche disciplinaire sont toujours d'actualité. Elles se rapportent essentiellement à l'augmentation de la taille et de la complexité des hôpitaux, à l'exigence qu'ils ont d'assurer une diversité de rôles sous des contraintes de ressources et des obligations de résultats.

Ayant pris naissance dans le monde des affaires sous le vocable de « projet d'entreprise », le projet d'établissement, ou plan directeur hospitalier, se présente actuellement comme l'élément méthodologique et stratégique central pour tout développement hospitalier. C'est à la fois un outil de planification stratégique et de communication. Il facilite l'identification à une même vision, le partage des mêmes soucis et la mobilisation des différents acteurs hospitaliers autour des mêmes objectifs. C'est également un moyen de contrôle des dépenses et un cadre dans lequel peuvent être envisagées des stratégies de changement ou d'innovation.

Les tentatives de mise en place du projet d'établissement au Maroc ont été confrontées à certaines contraintes que nous résumons en trois points :

- D'abord la question de la transposition de l'outil, qui est issu du monde des affaires, vers un contexte de gestion en administration publique. Cette transposition suppose une adaptation nationale et des préalables en terme de sensibilisation et formation.

- Il y a aussi le problème de l'inadéquation du modèle français de projet d'établissement, utilisé comme modèle de référence, au contexte marocain. Cette inadéquation s'explique par la tradition hospitalocentrique du système de santé français et par la forte assise juridique qui soutient le développement des projets d'établissement en France.
- Enfin, il y a l'absence d'un cadre organisationnel formel pour l'approbation de ces plans stratégiques hospitaliers et pour la définition de leurs modalités de mise en œuvre (contrat, entente de gestion, etc.). En France, les agences régionales d'hospitalisation (ARH) sont responsables de la validation et du soutien financier des projets d'établissement.

Opter pour une démarche de projet d'établissement suppose d'abord de considérer l'hôpital comme une organisation qui a, en plus des fonctions traditionnelles de soins et de diagnostic, des fonctions économiques et managériales. Cette présupposition, ne signifie pas de considérer l'hôpital comme une entreprise et lui faire subir toutes les distorsions liées à ce modèle (priorité au profit, aliénation des hommes et surexploitation des ressources naturelles...). L'hôpital n'est pas une entreprise parce qu'il a une fonctionnalité sociale et une raison d'être éthique. Nous aurons toujours besoin de l'hôpital, même si les calculs économiques ou politiques ne le permettent pas. Les tentatives d'intégration de cette dimension sociale au modèle d'entreprise à travers des appellations comme «entreprise sociale», n'a amené que des amendements au concept d'entreprise et non à son modèle. **Passer du «projet d'entreprise» au «projet d'établissement hospitalier» est donc une opération qui doit se faire dans le respect de l'identité socioprofessionnelle de l'hôpital.**

L'autre présupposition à la démarche du projet d'établissement est en rapport avec **la relativité du concept d'hôpital**. L'hôpital¹ est en effet une notion plurielle, il a plusieurs histoires et plusieurs acceptions. En occident il a pris naissance comme centre d'assistance sociale et n'est devenu un lieu privilégié de

1. Du latin *hospites* qui signifie « hôte », et de *hospitalis dormus* qui signifie « maison où l'on reçoit les hôtes ». L'hôpital a donc la même origine étymologique que : hôte, hospitalité et hôtel.

traitement et d'exercice professionnel que vers la fin du 19e siècle. Dans les pays arabomusulmans, l'histoire de l'hospitalisation se confond avec le développement des Bimaristans² dont le modèle est différent de celui de l'hôpital général occidental. La première fonction du Bimaristan était en rapport avec l'hospitalisation des blessés de batailles. Au Maroc, l'adoption du mot hôpital au lieu de «maristane» ne date que du début du 20e siècle.

L'autre raison qui pousse à relativiser le discours sur l'hôpital est liée à la diversité de ses modèles. La majorité des pays occidentaux adoptent le modèle hospitalocentrique qui est organisé autour des grands complexes hospitaliers appelés AHC (Academic health center) ou CHU (Centre hospitalier universitaire). Les pays en développement, ne pouvant suivre cette tendance, pour des raisons économiques et historiques, ont adopté le modèle pyramidal qui met l'accent plutôt sur les soins de santé primaires. L'hôpital, centre hospitalier universitaire, ne pourra donc être confondu avec les hôpitaux de district ou de premiers recours promu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il existe, belle et bien une hiérarchie fonctionnelle et structurelle des hôpitaux qui rend non pertinente la référence systématique à un modèle unique d'hôpital. **Toute démarche de projet d'établissement doit, donc être contextualisée pour pouvoir tenir compte des particularités de tout système national de santé.**

La démarche de projet d'établissement suppose également que l'hôpital dispose d'une certaine **marge de manœuvre**, d'une autonomie qui permettrait l'exercice de la planification et la mobilisation de ressources et qui légitimerait la mise en place de tout mécanisme de reddition des comptes.

Etant donné que le projet d'établissement se présente comme un outil de planification stratégique, son développement passe nécessairement par une **maîtrise de la démarche de planification stratégique**. Ceci peut se faire sous forme d'initiation, de formation et d'accompagnement. Le but est de démystifier la démarche pour faciliter son appropriation par les professionnels de l'hôpital.

2. D'une origine persane, le terme Bimaristan (Abrégé en Moristan ou Maristane) signifie « lieu de soins » (de bimar qui signifie malade ou impotent et stan qui signifie lieu ou maison).

Toute démarche de projet d'établissement est donc **participative**. Tous les acteurs de l'hôpital doivent y contribuer et y trouver une certaine réponse à leurs attentes et des voies de solution aux dysfonctionnements de l'hôpital.

La démarche du projet d'établissement suppose, enfin **un changement de mentalité** et une prédisposition pour « éviter de vouloir changer, tout en continuant de faire les mêmes choses ». Au Maroc, le projet d'établissement est conçu comme un **levier de changement**, une opportunité pour changer le comportement des gestionnaires et des professionnels, bref une occasion de développer une nouvelle culture à l'hôpital. La réalisation de cet objectif suppose beaucoup d'engagement de la part des différents acteurs et intervenants de l'hôpital.

S'engager dans une démarche de projet d'établissement hospitalier suppose de:

1. considérer l'hôpital comme une organisation,
2. rapporter les fonctions et l'organisation de l'hôpital à son contexte;
3. disposer d'une certaine autonomie ;
4. maîtriser la démarche de planification stratégique ;
5. et considérer la démarche du projet d'établissement comme un projet collectif.

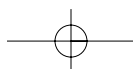
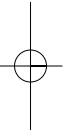
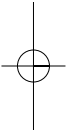
L'importance de ces présuppositions et leur intérêt pédagogique, nous amène à envisager ce document en trois parties :

- Une première partie qui rappelle la nature organisationnelle de l'hôpital et les fonctions socioprofessionnelles qu'il est amené à assumer dans le système de santé marocain ;
- Une deuxième partie qui rappelle les concepts et les approches usuelles en matière de planification stratégique ;
- Une troisième partie qui présente l'outil et la démarche du projet d'établissement.



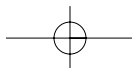
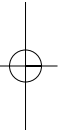
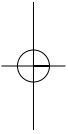
PARTIE I

PRINCIPES D'ANALYSE ET D'ORGANISATION HOSPITALIERE





Principes Généraux de Planification Stratégique à l'Hopital



Le but de la planification hospitalière, exercée à travers le plan stratégique d'établissement³, est de développer une vision de l'hôpital et d'établir un programme pour son développement. Elle ne peut se concevoir en dehors d'un énoncé de mission qui précise les rôles et les fonctions de l'hôpital. Le règlement intérieur des hôpitaux publics marocains établi en 1993 attribue une mission formelle à l'hôpital à travers son premier article. L'observation au quotidien du fonctionnement de l'hôpital montre qu'il assume un rôle beaucoup plus développé que ce qui est prévu dans ce règlement intérieur. La littérature sur le management hospitalier annonce de nouveaux défis de fonctionnement de l'hôpital liés à la maîtrise des coûts et à l'amélioration des performances. Autant de raisons qui justifient la révision de ce règlement en vue d'intégrer les différentes fonctions autres que médicales que l'hôpital assure et de le préparer sur le plan organisationnel à tenir compte des objectifs et des apports annoncés dans la réforme hospitalière.

Pour, tenir compte des différents rôles de l'hôpital, nous l'avons analysé d'abord en tant qu'élément d'un système de soins, comme c'est le cas au Maroc (Analyse systémique), puis en tant qu'organisation de production de soins et services (Analyse organisationnelle). Pour rapprocher cette double analyse de la réalité du terrain, elle sera complétée par une analyse empirique des fonctions de l'hôpital public au Maroc.

3. Encore appelé plan directeur de l'hôpital ou projet d'établissement. Malgré les nuances qui existent entre ces différentes appellations, nous allons les utiliser de façon indifférente dans ce document.

1. ANALYSE DE L'HOPITAL COMME ELEMENT D'UN SYSTEME DE SANTE INTEGRE

Du moyen âge jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle, l'hôpital a joué le rôle à la fois d'un centre d'assistance sociale puis un rôle de soins et de formation. La révolution médicale du 19^{ème} siècle a rapproché davantage l'hôpital de l'université et a abouti à la naissance des Academic Health Centers aux Etats-Unis (ou Centres hospitaliers universitaires) dont la gestion exigeait de nouvelles compétences et un enrichissement du travail administratif à l'hôpital. Cette tendance s'est organisée autour de ce qu'on a appelé l'administration hospitalière. Vers les années 60 s'est développée la santé communautaire comme réaction à l'hégémonie de l'hospitalocentrisme engendré par les Academic Health Centers et l'iniquité sociale que cela a entraîné.

Cette évolution a été confirmée par la déclaration d'Alma Ata en 1978 qui a énoncé la politique des soins de santé primaires et le principe de l'accès universel aux soins. Après quelques années de mise en œuvre de cette politique, il s'avérait nécessaire d'associer l'hôpital à cette politique, d'où la déclaration de Hararé en 1987 qui présente le système de santé du District comme modèle d'organisation des soins dans le cadre duquel peut être envisagé le rôle de l'hôpital. Depuis, deux modèles se sont individualisés: un modèle centré sur l'hôpital et qui s'ouvre de plus en plus sur des activités de santé publique par l'adjonction de fonction de soins primaires et d'éducation sanitaire; et un modèle pyramidal qui repose sur une hiérarchie d'offre de soins organisée autour d'une première ligne représentée par les centres de santé. Au Maroc, le système de soins est organisé selon un modèle pyramidal, ce qui nous amène à envisager la mission de l'hôpital, plutôt dans le cadre d'un système de soins. A ce propos, l'OMS (1987) a proposé quatre fonctions principales aux hôpitaux de premier recours⁴:

1.1. Les soins directs aux patients

Théoriquement, l'hôpital doit prendre en charge les problèmes de santé qui, pour des raisons techniques, économiques ou opérationnelles, ne peuvent être pris

4. O.M.S; Hôpitaux et santé pour tous. Serie de rapports techniques n°744, Genève 1987.

en charge au niveau primaire. Il doit participer également à la synthèse et à l'évaluation des épisodes morbides.

En pratique ceci se traduit d'abord par une fonction d'aiguillage au cours de laquelle l'hôpital procède à l'appréciation de l'état du patient, compte tenu des informations fournies par les services de base et décide de le prendre en charge ou de le référer à un niveau supérieur. Cette prise en charge est réalisée principalement à travers la fonction de diagnostic et la fonction thérapeutique de l'hôpital.

1.2. La participation à la gestion et à la coordination des programmes de santé

Pour assurer la continuité des services, les hôpitaux doivent, tout en soignant des malades, participer à la coordination des activités des programmes sanitaires et au suivi et la prise en charge des cas dépistés (urgences obstétricales et néonatales, certaines grossesses à risque, les malnutritions etc.). Ils peuvent par la même occasion apprécier la qualité des références à des fins d'amélioration.

1.3. La formation et l'encadrement du personnel

Pour les raisons susmentionnées, l'hôpital constitue un lieu approprié pour assurer la formation continue du personnel. L'encadrement se fait directement sur le terrain ou par un moyen de communication.

1.4. Le Soutien administratif et gestionnaire

Les fonctions de gestion comprennent l'allocation et le contrôle des ressources, l'action intersectorielle de santé, le développement et le déploiement du personnel, l'achat et la distribution des fournitures, enfin, la planification, la surveillance et l'évaluation de la situation sanitaire et des services de santé grâce à un système d'information efficace et à la recherche⁵.

Ainsi, appréhender l'hôpital comme élément d'un système de soins intégré, suppose de le définir par rapport aux autres niveaux de l'offre de soins et de lui attribuer un rôle d'appui au réseau de soins de base (ou de première ligne) et un rôle d'aiguillage dans le cadre d'un système de référence et contre référence entre

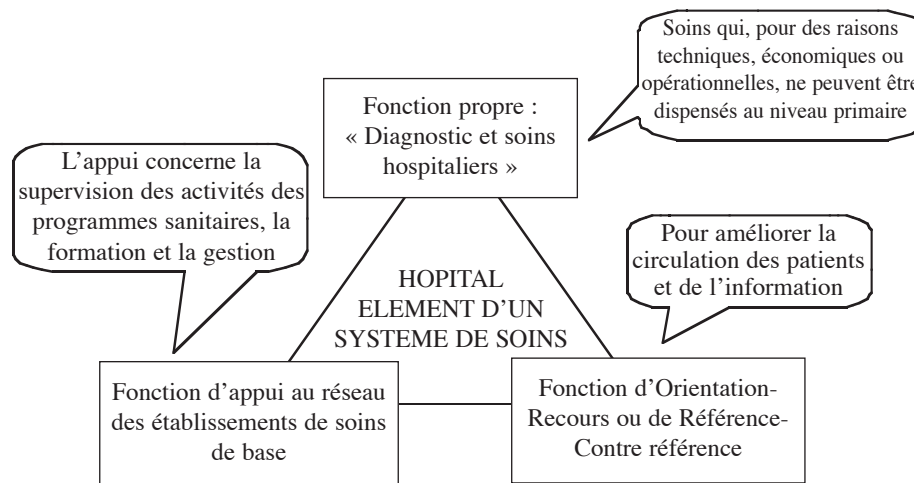
5. O.M.S; *Hôpitaux et santé pour tous. Série de rapports techniques n°744, Genève 1987.*

le niveau inférieur et le niveau supérieur de prise en charge des patients (Voir schéma n°1).

Le modèle qui répond à ces exigences prend le nom du modèle du système de santé intégré (SSI) qui est caractérisé par :

- une complémentarité fonctionnelle entre ses échelons (de base et de recours),
- une couverture des besoins essentiels des populations,
- l'absence de chevauchement de fonctions entre ses établissements de production de soins,
- l'absence de trous fonctionnels, c'est à dire d'une activité indispensable pour la satisfaction aux besoins de santé,
- l'accessibilité à l'échelon utile pour le patient et son suivi par l'information lors de ses déplacements entre prestataires de soins.

Schéma n° 1 : Analyse de l'hôpital comme élément d'un système de santé intégré



Considérer l'hôpital comme un élément d'un système de santé intégré implique lui conférer en plus de son rôle de soins directs aux patients, une fonction d'appui aux structures de soins de base, une fonction d'aiguillage et d'orientation des patients.

2. ANALYSE DE L'HOPITAL COMME ORGANISATION

L'une des conditions préalables au développement de tout processus de planification stratégique à l'hôpital est de considérer l'hôpital comme une organisation. Pour préciser quel type d'organisation constitue l'hôpital, il est utile de rappeler, c'est quoi une organisation.

2.1. La notion d'organisation

La notion d'organisation est au cœur du fonctionnement de l'ensemble des entreprises, des institutions, des administrations, des organismes et des associations. Que ce soit dans son sens propre ou figuré, le mot «organisation» désigne l'état et la manière dont un corps, une société ou une institution sont réglés. La notion d'organisation vient du verbe «organiser»⁶ qui signifie, selon le P. Robert «Doter d'une structure, d'une institution déterminée, d'un mode de fonctionnement » ou encore « Préparer une action pour qu'elle se déroule dans les conditions les meilleures, les plus efficaces». Pour Fayol, un des fondateurs du management classique, «organiser une entreprise, c'est la munir de tout ce qui est utile à son fonctionnement»⁷.

La notion d'organisation a connu un essor considérable depuis qu'elle est devenue «l'objet» d'une nouvelle discipline appelée le «management». L'organisation n'est synonyme ni d'Entreprise ni de Système bien qu'elle puisse s'y assimiler quand sa forme et sa finalité prennent certaines orientations particulières. Quand elle est privée, elle est souvent appelée «Entreprise» ou «Firme», quand elle est publique, elle est souvent appelée «établissement», «agence», «bureau» ou «office».

Quelle que soit sa conception, l'organisation implique nécessairement cinq notions fondamentales, qui sont à la base de toute analyse organisationnelle:

- (1) **Un but** à atteindre qui précise la raison d'être de l'organisation et qui se traduit par un énoncé de mission.
- (2) **Une division de travail** qui définit et organise les processus de production et qui permet la segmentation des services et le développement de spécialisations centrées sur un, ou plusieurs processus de production.

6. De « Organe » qui vient du latin *organum* qui signifie instrument.

7. Fayol, H. (1916) ; *Administration industrielle et générale*, Dunod, Paris, 1999 pour la première éd., p. 61.

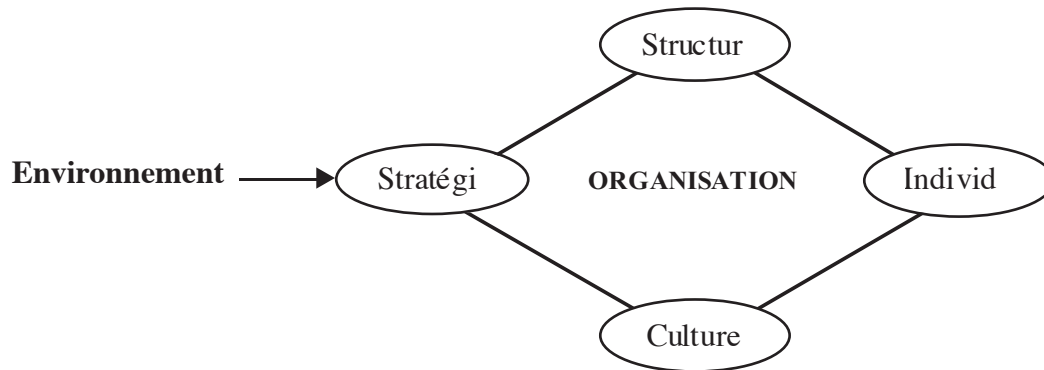
- (3) **une structuration des relations** qui est conçue eu égard aux composantes et influences de l'environnement et de façon à identifier les activités nécessaires à la réalisation du but et à la coordination des activités. Elle se traduit sur le plan formel par un organigramme ou une configuration structurelle.
- (4) **Des règles de fonctionnement** (procédures). Dans ce cas l'organisation est une fonction qui consisterait « à regrouper les activités nécessaires à la réalisation d'objectifs, à confier chaque groupe d'activités à un cadre [...] et à coordonner, à la verticale comme à l'horizontale, la structure de l'organisation»⁸. Ces règles de fonctionnement se traduisent par ce qu'on pourrait appeler un règlement intérieur ou un manuel des procédures.
- (5) **Des moyens de contrôle** qui peuvent être de nature administrative comme la hiérarchie ou de nature économique comme les contrats.

Vers les années 60 et 70, les études sur la relation entre la structure et la stratégie ont dominé la littérature du management. La stratégie s'est, progressivement, imposée comme facteur déterminant dans la performance des organisations. S'intéressant dans ses débuts, à l'influence de l'environnement sur la réalisation des objectifs de l'organisation, la stratégie s'est étendue par la suite à l'étude du rôle des individus (acteurs) dans cette influence. Vers le début des années 80, un autre facteur est venu relativiser le débat sur les théories des organisations. Il s'agit de la culture organisationnelle, cette trame de fond qui tisse les relations entre les individus et donne du sens à leurs efforts et à leurs engagements.

L'organisation s'est, alors, assimilée à quatre composantes fondamentales: une structure, une stratégie, des individus et une culture. Toute analyse organisationnelle devait donc tenir compte des caractéristiques et de l'évolution de ces composantes fondamentales. Bien que le rôle des individus (acteurs) dans les organisations est intégré dans l'analyse stratégique, au même titre que l'analyse de l'environnement, nous estimons que les individus sont constitutifs de l'organisation et leur rôle doit par conséquent être mis en évidence dans tout effort de modélisation de l'organisation. Ainsi, une organisation peut être schématisée comme suit :

8. Koontz & O'Donnell (1980); *Management: Principes et méthodes de gestion*. Mc Graw-Hill Editeurs, p. 195.

Schéma n° 2 : Cadre d'analyse organisationnelle



Considérer l'hôpital comme une organisation implique de le définir comme un ensemble cohérent comprenant une structure qui cadre l'ensemble des relations, des professionnels plus ou moins autonomes dans leurs activités, une stratégie qui lui permet d'interférer avec son environnement et une culture qui lui confère une identité et qui inspire le comportement de ses acteurs.

2.2. Les organisations publiques

Etant donné que ce document est adressé essentiellement à des responsables d'établissements publics, il paraît utile de rappeler les principaux éléments qui distinguent les organisations publiques des entreprises privées.

Les organisations publiques sont des parties du gouvernement, créées par des lois pour administrer des lois en assurant des activités administratives spécifiques⁹. Elles se distinguent des entreprises privées par un certain nombre de caractéristiques qui ont des implications sur leurs modes de gestion. Les particularités suivantes figurent parmi les éléments de dissemblance les plus importants :

- Les organisations publiques sont fortement soumises aux contraintes de l'Etat (hiérarchie et règlements). Leurs ressources sont soumises à un contrôle du gouvernement. Ceci se traduit par une moindre autonomie de leurs gestionnaires et plus de contrôle externe sur leurs décisions.

9. Gortner H.F., Mahler J. & Nicholson J.B. (1994); *La gestion des organisations publiques*. Presses de l'Université du Québec.

- Elle sont moins dépendantes des lois du marché. Ceci explique leur moindre incitation à réduire leurs coûts et à améliorer leurs performances.
- Les organisations publiques sont particulièrement sensibles aux aléas politiques qui se traduisent par des influences informelles sur l'allocation des ressources et la définition des priorités (opinion publique, réactions des groupes d'intérêts etc.) ;
- Le poids des attentes publiques se fait plus sentir dans les organisations publiques que dans les entreprises. Le public attend de leurs dirigeants et de leurs employés plus de justice sociale et plus de redditions des comptes.
- Les organisations publiques se caractérisent enfin par la forte complexité de leurs objectifs due en partie aux caractéristiques précédentes mais aussi au rôle social et politique qu'elles sont sensées jouer. Cette caractéristique fait que leurs critères d'évaluation sont moins spécifiques. La question de l'imputabilité reste au centre de cette question d'évaluation. En effet, étant donné que les organisations publiques sont des parties du gouvernement ou de l'Etat, envers qui leurs gestionnaires doivent rendre compte et selon quelles modalités (celles de l'administration ou celles de l'organisation) ?

Il est clair que ces caractéristiques influencent fortement la structuration du travail et le jeu de pouvoir à l'intérieur des établissements publics. C'est ce qui explique la remise en question, depuis quelques années, des modes de gestion de la bureaucratie d'Etat et le recours de plus en plus aux outils de gestion moderne. La fonction économique et la maîtrise des coûts deviennent progressivement des soucis majeurs des organisations publiques parce qu'elles conditionnent leur survie et leur croissance. C'est ainsi que sont apparus des modèles d'organisation intermédiaires entre la bureaucratie d'Etat et l'entreprise privée, comme celui de la contractualisation ou de l'agence. C'est ce qui explique également ce mouvement mondial de décentralisation en vue de consolider le processus démocratique et d'assurer une meilleure gestion des deniers publics. Ce n'est donc pas un hasard si l'on retrouve parmi les principales justifications des réformes hospitalières à travers le monde : la maîtrise des coûts et le développement de l'autonomie et du management des hôpitaux.

2.3. Pour une typologie des organisations de santé

Si nous tenons compte des deux acceptions et des deux tendances qui ont marqué l'histoire de la notion d'organisation depuis la fin du 19^e siècle (organisation scientifique du travail et organisation administrative), nous pouvons distinguer dans le domaine de la santé deux types d'organisations :

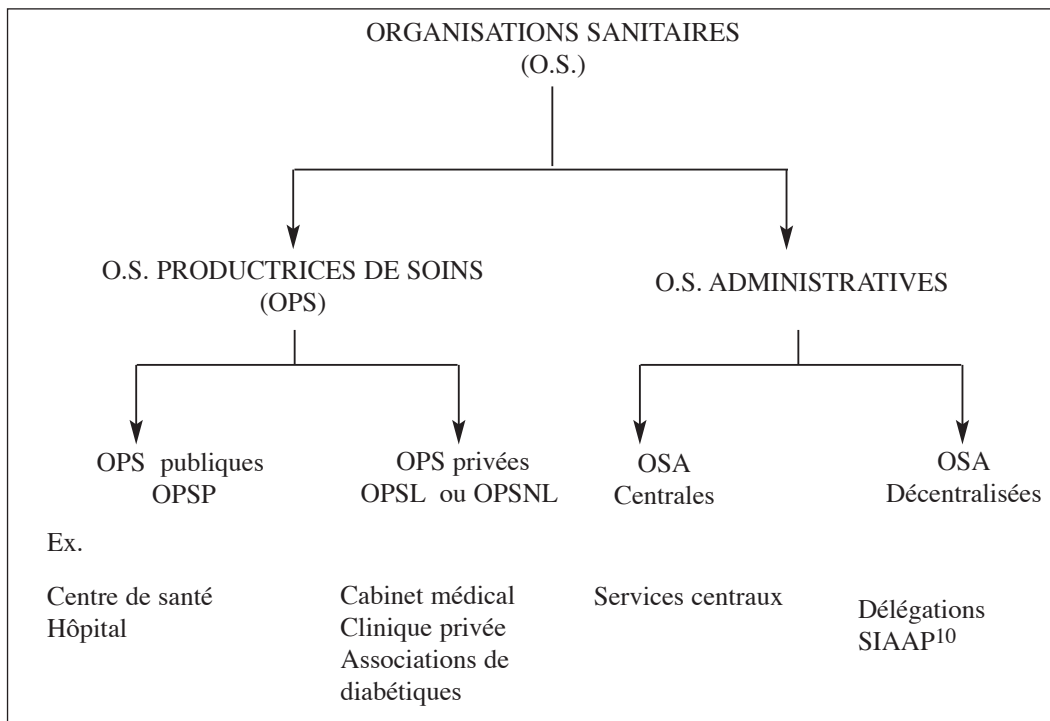
◆ *Les organisations productrices de soins (OPS).*

La prestation de soins constitue la raison d'être de ces organisations, ce qui leur donne une certaine fonctionnalité sociale. L'ensemble de ces organisations productrices de soins est organisé au Maroc sous la forme de réseaux constituant ce qu'on appelle la filière de soins. Les OPS peuvent être publiques (OPSP) ou privées, et dans ce cas elles sont soit à but lucratif (OPSL) soit à but non lucratif (OPSNL) (voir schéma n°3). Plus la taille et la spécialisation du travail des OPS augmentent plus, elles deviennent complexes et justifient une organisation administrative plus étoffée. C'est pourquoi dans les cabinets privés et dans les centres de santé et les hôpitaux locaux, il n'y a pas de besoin de développer une entité administrative à part entière. Alors que dans les cliniques et les autres hôpitaux publics, la présence d'une administration compétente est nécessaire pour leur assurer une survie et une croissance.

o Les organisations non productrices de soins, que nous appellerons organisations sanitaires administratives (OSA).

Elles représentent généralement le Ministère de tutelle (Ministère de la Santé) et qui sont responsables de veiller à l'application des politiques sanitaires et de gérer les différentes interfaces entre, et avec, les OPS. Les OSA peuvent être centrales ou décentralisées (voir schéma n° 3).

Schéma n° 3 : Typologie des organisations sanitaires



2.4. L'hôpital : une organisation de production de soins et services

L'hôpital est une organisation de production de soins (OPS). Il fournit des prestations de diagnostic et de traitement, plus au moins spécialisés et exigeant un plateau technique plus au moins sophistiqué. Il fonctionne comme un élément du système national de soins, ce qui lui confère un rôle d'interaction aussi bien vertical, avec les différents niveaux de recours aux soins, qu'horizontal avec le secteur privé (OPSL & OPSNL).

Par l'importance et la diversité des ressources qu'il mobilise, l'hôpital assure également une fonction d'agent économique. C'est un grand consommateur de ressources et de technologies. Il est la cible d'un grand marché d'industrie pharmaceutique et de biotechnologie.

10. Service des infrastructures et activités ambulatoires provinciales

L'hôpital ne peut s'empêcher d'être également un acteur social et politique en raison des effets externes (externalités) de ses activités et de la notion de service public qu'il cherche à maintenir. Il est le lieu privilégié de l'exercice de plusieurs professions et l'objet de grands débats économiques et sociaux.

Un hôpital qui assure tous ces rôles mérite une grande attention de la part des responsables politiques et des intervenants dans le domaine socio-économique et sanitaire.

Un hôpital n'est pas un centre d'assistance sociale bien qu'il assure une fonction sociale. Il n'est pas non plus une entreprise commerciale bien qu'il intervient dans la régulation de marchés commerciaux (Industrie pharmaceutique, technologie biomédicale etc.). L'hôpital est un élément du système national de soins qui a pour mission de fournir des soins spécialisés sans discrimination entre statuts socioéconomique ou de statut de morbidité (fonction sociale), et compte tenu des contraintes économiques nationales. Pour assumer cette mission, il doit disposer d'une certaine autonomie et être en mesure de planifier ses activités et ses ressources. Ceci passe nécessairement par la modernisation du management des hôpitaux et la révision de leur statut, de leur organisation ainsi que des modalités de leur financement. A ce propos, la réforme hospitalière apporte un vent d'espoir en mettant ces questions à l'ordre du jour et en fixant comme objectifs la mise en place d'un certain nombre d'outils de management moderne dont le projet d'établissement constitue la plaque tournante.

2.5. L'analyse organisationnelle de l'hôpital

L'analyse de l'hôpital comme organisation, implique l'appréciation des éléments qui composent toute organisation, à savoir une structure, des acteurs, une stratégie et une culture. Toutefois l'analyse organisationnelle de l'hôpital doit tenir compte de ses particularités organisationnelles représentées essentiellement par:

- Sa construction autour d'un savoir professionnel qui lui confère sa raison d'être. C'est ce qui fait que dans les hôpitaux, il y a deux types d'acteurs: les professionnels et les gestionnaires. Cette caractéristique prend le nom de « **dualité organisationnelle** »¹¹. Elle se traduit la double responsabilité du

11. Chez Mintzberg, cette dualité prend le nom de « Bureaucratie professionnelle ».

management hospitalier: une responsabilité sur la mission de soins et une responsabilité sur les ressources. En matière de gestion hospitalière, le défi consistera, donc, à pouvoir assurer une bonne gestion des ressources (survie et croissance) tout en respectant l'autonomie nécessaire aux professionnels qui réalisent la mission de l'hôpital. Cette dualité fondamentale des hôpitaux justifie d'organiser le projet d'établissement hospitalier autour de deux projets stratégiques majeurs: le «projet médical» et le «projet managérial» ou administratif (voir partie III).

- Sa fonctionnalité sociale qui donne un certain fondement éthique à la production hospitalière. En effet, si la santé est droit, les soins essentiels doivent être accessibles à tous. Le souci de justice sociale est donc inhérent à tout système de production de soins et services. Cette caractéristique qui a amené à considérer l'hôpital comme une «entreprise sociale», soumet l'hôpital à une situation paradoxale : d'un côté il doit assurer sa survie et sa croissance, avec tout ce que cela suppose comme accompagnement technologique, et de l'autre il doit assurer une fonction sociale et être accessible à tous les citoyens sous le principe de l'équité.

Ces deux caractéristiques font que l'hôpital est une organisation pas comme les autres et doivent par conséquent être explorée dans toute analyse organisationnelle.

2.5.1. La configuration structurelle de l'hôpital public marocain

La structure est l'élément le plus important de toute organisation. Dans sa conception classique, la structure correspond à la description de la ligne hiérarchique et des relations entre les différents services. Dans ce cas, elle se traduit par un organigramme formel.

Le règlement intérieur des hôpitaux propose une organisation hospitalière construite de trois services gestionnaires (les affaires administratives, les affaires économiques et maintenance, et le service des soins infirmiers), de plusieurs services techniques et médico-techniques et de certains services conseils (voir schéma n° 4).

Cet organigramme traduit bien la dualité organisationnelle de l'hôpital. Toutefois, il ne donne aucune idée sur l'importance relative des services et de l'influence qu'ils ont sur les décisions de l'hôpital. La dualité organisationnelle

suppose un équilibre de pouvoir entre les professionnels, à travers leur responsabilité sur les objectifs de soins, et les gestionnaires à travers leur contrôle des ressources.

2.5.2. Les acteurs de l'hôpital public marocain

L'équipe de direction

L'équipe de direction de l'hôpital comprend le médecin de l'hôpital et les responsables des quatre services qui composent sa structure (voir organigramme du schéma n°4). Elle est le principal responsable du fonctionnement et du développement hospitalier. Elle doit donc assurer une vraie fonction de direction qui comprend, entre autres, la formulation des stratégies et la dynamisation des ressources humaines. C'est donc à elle que revient le pilotage de la démarche du projet d'établissement. Il lui revient également la constitution et le suivi des travaux des différents groupes professionnels et techniques. Elle a des comptes à rendre aussi bien au personnel de l'hôpital qu'à la hiérarchie, la CMC et le comité de gestion.

La Commission médicale consultative (CMC)

Dans sa version actuelle (Circulaire n° 71 DHSA/DRC du 20 Février 2001), La CMC assure une fonction d'appui technique et de conseil auprès de la direction de l'hôpital. Elle a pour mission d'éclairer le médecin chef de l'hôpital dans les décisions en rapport avec les aspects techniques et médico-techniques du fonctionnement de l'hôpital. Parmi ses 9 attributions, figurent :

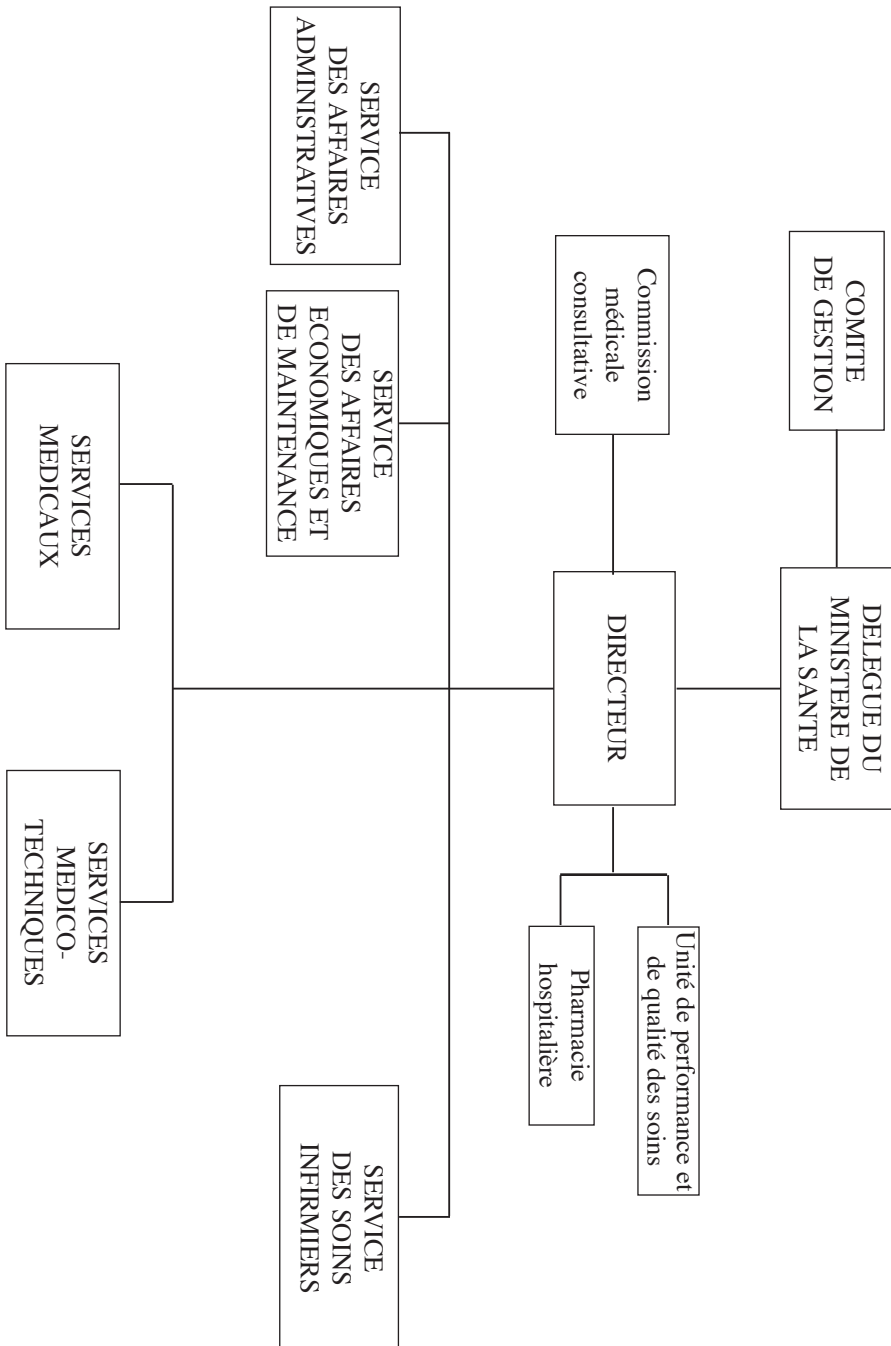
- La participation à l'identification des besoins prioritaires de l'hôpital ;
- La participation à l'élaboration du plan d'urgence hospitalier,
- La contribution à la programmation des équipements,
- La validation des protocoles thérapeutiques
- La proposition d'actions de développement de l'établissement ;
- Et la participation à l'élaboration du projet médical et à la définition des orientations stratégiques de l'hôpital.

Ces activités sont au cœur de la formulation du projet d'établissement, ce qui fait de la CMC un partenaire incontournable dans son élaboration.

Le Comité de gestion

Le comité de gestion a été institué, par circulaire ministérielle en janvier 1999, comme préalable à la mise en œuvre de la réforme. Il est investi d'une

SCHÉMA N°4: ORGANIGRAMME DE L'HOPITAL
SELON LE REGLEMENT INTERIEUR DES HOPITAUX (1993)



mission générale de concertation, de coordination et de suivi des activités du centre hospitalier (régional, provincial ou préfectoral). Il est chargé de « se prononcer » sur des rapports d'activité ou des plans d'action. Il est présidé par le Délégué du Ministère de la Santé. Ses membres, également désignés, regroupent les principaux responsables des centres hospitaliers et des provinces et préfectures couvrant son aire de desserte.

Dans la perspective de la réforme, le comité de gestion pourrait évoluer :

- Soit vers plus de pouvoir de décision centré sur les actions stratégiques du centre hospitalier comme le projet d'établissement, les plans financiers ou tout projet innovateur.
- Comme intermédiaire entre la tutelle et le centre hospitalier, le comité de gestion pourrait également évoluer vers un rôle de tutelle dans le cadre de la politique de déconcentration. Il peut assurer une fonction de contrôle, d'inspection et d'audit si le central lui transfère certains de ses pouvoirs.

La tutelle

Exception faite des centres hospitaliers universitaires, il n'y a pas de tutelle officielle des hôpitaux publics mais une hiérarchie administrative. Entre le ministère de la santé et les hôpitaux SEGMA et en REGIE, il y a une ligne hiérarchique représentée par le délégué du ministère de la santé et le Secrétaire Général du ministère et il y a un interlocuteur technique représenté par la Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires (DHSA). Les autres directions centrales interviennent soit directement, soit indirectement dans les hôpitaux. L'ambiguïté dans le rôle de tutelle ne permet pas de bien cerner les rôles et les responsabilités du central vis-à-vis des hôpitaux. La mise en place des projets d'établissement constitue une opportunité pour définir une instance de tutelle de l'ensemble du réseau des établissements hospitaliers ou d'attribuer ce rôle à la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires comme c'est le cas en Tunisie par exemple.

3. ANALYSE EMPIRIQUE DES FONCTIONS DE L'HOPITAL PUBLIC AU MAROC

Le règlement intérieur des hôpitaux de 1993 considère l'hôpital comme « un établissement sanitaire destiné à héberger des malades, des blessés ou des parturientes en vue de leur dispenser les prestations de diagnostic, de traitement et les soins d'urgence nécessités par leur état de santé. Il concourt à la formation pratique des étudiants en médecine et en pharmacie et des élèves des écoles de formation professionnelle et de formation des cadres. En outre l'hôpital contribue, soit directement, soit en collaboration avec les établissements de formation, au développement et à la réalisation d'activités de recherche en matière de santé publique, d'économie de la santé et d'administration de la santé»¹². A la lecture de ce premier article du règlement des hôpitaux, il ressort que:

- Le législateur prévoit six fonctions formelles à l'hôpital : une fonction d'hébergement, une fonction de diagnostic, une fonction thérapeutique, une fonction de soins d'urgence, une fonction de formation et une fonction de recherche.
- Dans le cadre de la fonction de soins thérapeutique, la fonction de soins d'urgence est individualisée comme fonction, vue son importance et l'absence de structures qui puisse l'assurer de façon systématique et efficace.
- La hiérarchie des hôpitaux n'a pas été considérée dans la définition de la mission de l'hôpital. En effet les polycliniques de santé publique (PSP) n'assument pas de fonction de formation ou de recherche.
- L'absence de fonction administrative et économique bien que les hôpitaux consomment la majorité du budget de fonctionnement du Ministère de la Santé et malgré le fait que l'hôpital est considéré comme une organisation de moyens et de ressources.
- L'absence de rôle social formel malgré la mise en évidence de la fonction de soins urgent qui est un service public et malgré l'acceptation des indigents dans les hôpitaux publics et la contribution de ces derniers dans la réalisation de programmes de santé publique.

Dans le cadre de la réforme de santé, il est prévu la révision du règlement intérieur des hôpitaux en vu d'intégrer le souci économique, managérial et social

¹². Ministère de la santé publique (1993) ; Règlement intérieur des hôpitaux, Article1, p.13

dans la planification et la gestion hospitalière. Dans ce sens, la Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires a procédé à l'organisation d'une série de séminaires ateliers avec les équipes de direction provinciales et hospitalières concernées par la première phase de la réforme¹³. Les objectifs de ces ateliers étaient de (i) définir les fonctions de l'hôpital à partir des activités réalisées, (ii) pondérer ces fonctions selon la charge de travail et les coûts récurrents qu'elles engagent (iii) identifier des attributs et des indicateurs pour les analyser. 12 fonctions empiriques ont été identifiées dont 5 sont assurées par tous les hôpitaux. Ces 12 fonctions peuvent être regroupées en quatre missions principales:

3.1. Une mission de soins

Cette mission, de nature professionnelle, se traduit par trois fonctions assurée par tous les hôpitaux, quel que soit leur statut ou leur taille :

3.1.1. Une fonction de diagnostic :

Cette fonction est liée au plateau technique de l'hôpital. Elle est nécessaire à la fonction de soins hospitaliers et exige des compétences spécifiques pour sa réalisation. Cette fonction peut être assurée à titre externe ou pour les admis à l'hôpital.

3.1.2. Une fonction thérapeutique :

Cette fonction de soins directs aux patients est assurée par les médecins et les infirmier(e)s. La spécialisation est fondamentale dans la définition de cette fonction, elle la distingue de la fonction de soins primaires ou de base qui sont assurés par les établissements du réseau de soins de santé de base. Ce qui signifie que les médecins spécialistes constituent une ressource stratégique pour l'hôpital.

La fonction de soins spécialisés peut se réaliser à titre ambulatoire dans le centre de diagnostic spécialisé (CDS), sous forme de consultations spécialisées externes (CSE), ou dans le service des urgences, sous forme de soins urgents (Consultation Urgente), ou encore après admission à l'hôpital (Hospitalisation).

Ainsi, sur le plan fonctionnel, l'hôpital public marocain se présente comme une articulation entre des services professionnels (urgences, centre de diagnostic, services hospitaliers), des services de logistique (service médico-techniques, logistique d'hôtellerie, maintenance) et des services administratifs (voir schéma n°5)

13. Il s'agit des 4 hôpitaux de la région orientale et des 5 hôpitaux site de la phase de transition du PFGSS.

3.1.3. Une fonction d'hôtellerie :

Autrefois le critère « lit » était fondamental dans la définition de l'hôpital. Avec le développement de la technologie médicale, de la spécialisation et des alternatives à l'hospitalisation, deux autres critères ont pris le devant de la scène dans la définition de l'hôpital, à savoir, la « spécialité » et la « technologie ».

Le lit devient progressivement une logistique, mais il continue de justifier la majorité des recours à l'hôpital. Ainsi, on peut considérer que la fonction hôtelière est la principale fonction logistique de l'hôpital. Elle se traduit essentiellement par les activités d'accueil, d'hébergement, de restauration et lingerie etc. Individualiser ces activités à travers une fonction vise leur consolidation comme activités professionnelles d'autant plus qu'elles sont déterminantes dans l'appréciation de la qualité de l'hospitalisation.

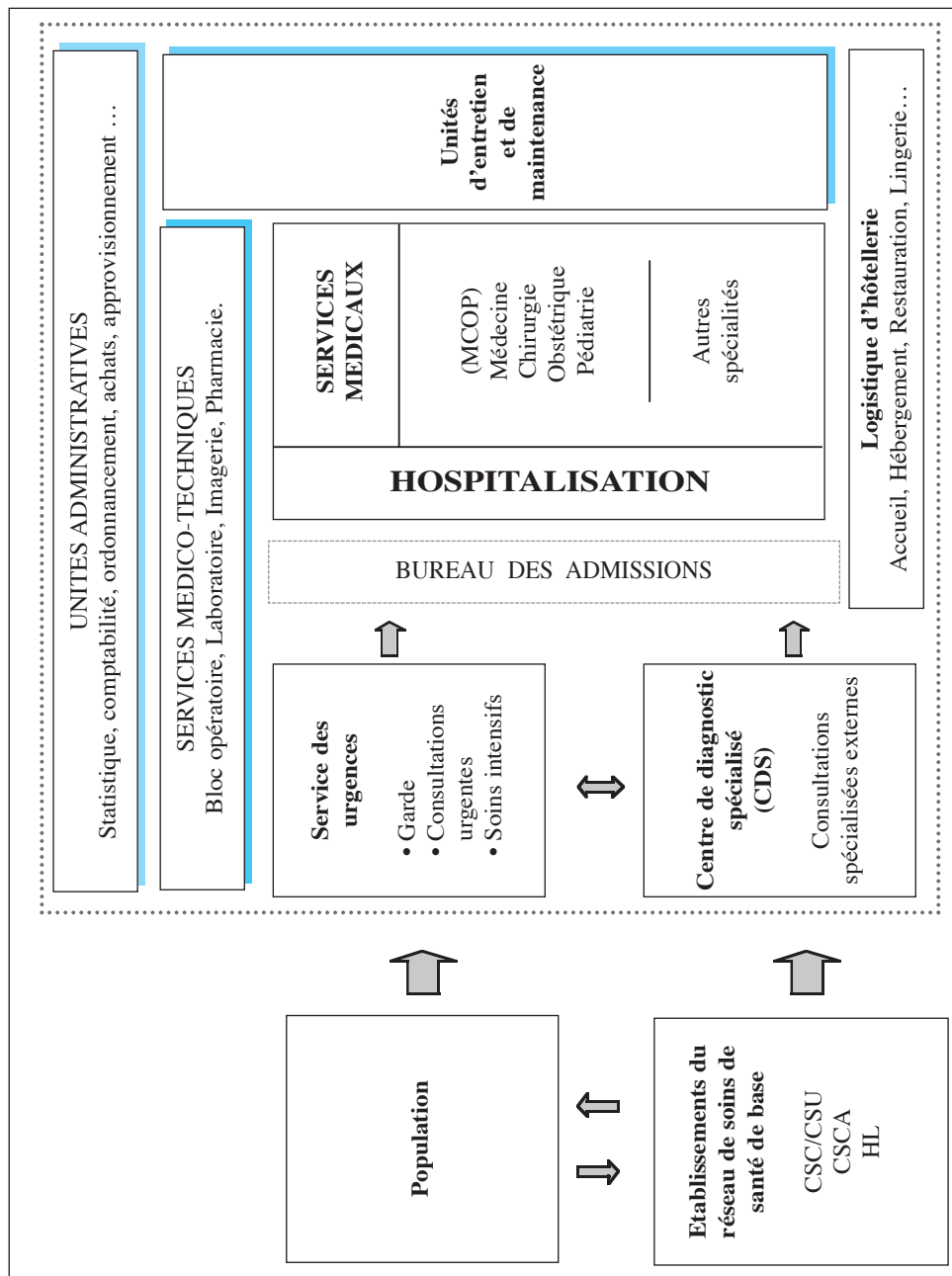
3.2. Une mission de développement professionnel

Bien qu'elle soit fondamentale dans le développement des ressources humaines, cette mission n'est pas assurée par tous les hôpitaux. Elle se traduit par trois fonctions qui se soutiennent entre elles: la formation, la recherche et l'expertise.

3.2.1. La formation

L'hôpital est un lieu de formation pour les médecins et les infirmiers. Il se trouve par conséquent en étroite relation avec des institutions de formation professionnelle comme les facultés de médecine, les Instituts de formation aux carrières de santé (IFCS) et l'institut national d'administration de la santé (INAS). Assurer cette fonction doit apporter une certaine valeur ajoutée à l'hôpital en terme d'organisation du travail, de formalisation des procédures de prise en charge ou de rationalisation des coûts.

SCHEMA N° 5 : ORGANIGRAMME FONCTIONNEL D'UN HOPITAL GENERAL



3.2.2. La recherche

Pour être en mesure d'offrir des soins efficaces et de qualité, l'hôpital doit adapter son offre aux besoins de la population et à l'évolution de la demande de soins. Il doit également veiller à assurer une meilleure pratique de soins à travers des protocoles diagnostiques et thérapeutiques efficaces. Ceci l'oblige à développer une fonction de recherche dont la portée et la nature peut varier en fonction du type d'hôpital et des problématiques auxquels il se trouve confronté.

3.2.3. L'expertise

L'hôpital exerce cette fonction à travers la délivrance de certificats médico-légaux, la réalisation des examens d'embauche ou des examens d'aptitude à la conduite de véhicules. Il l'exerce également à travers la réalisation des autopsies ou en donnant un avis technique dans une question juridique.

Ces trois fonctions ont accompagné l'histoire de l'hôpital et ont permis son développement. Vu les coûts et les ressources qu'elles mobilisent, il est souvent difficile de les réaliser dans les différents hôpitaux. Ceci ne justifie pas de les ignorer mais plutôt d'inscrire leur mise en œuvre dans le cadre d'une politique globale de recherche et de développement médico-sanitaire.

3.3. Une mission de santé publique

Cette mission constitutive de l'hôpital au Maroc, représente sa deuxième raison d'être après la mission de soins. Elle lui est intimement liée. Elle se traduit dans le contexte marocain par trois fonctions : le service public, la santé publique et l'assistance.

3.3.1. La fonction de service public

C'est l'une des fonctions sociales de l'hôpital. Sa réalisation est importante en raison de sa sensibilité et sa portée éthique et politique. Elle se traduit par les activités de garde (Permanence hospitalière), les prestations de soins urgents et en situation de catastrophe (sécurité). L'intervention urgente peut se prolonger en dehors des murs de l'hôpital, à travers des formes de prise en charge préhospitalière des urgences (SAMU). Le service public est donc une fonction de sécurité à laquelle l'hôpital public ne peut se soustraire. Le règlement intérieur de l'hôpital a envisagé cette fonction à travers ses articles 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48

et 49 relatifs à l'obligation et l'organisation de la garde, ainsi qu'à travers les articles 84, 85, 86, 87 relatifs à l'obligation d'admission des urgences.

3.3.2. La fonction d'appui aux établissements de base et aux programmes sanitaires :

L'article 2 du règlement intérieur des hôpitaux considère l'hôpital « comme un élément intégré dans le système national de santé. A cet effet, il est le point focal d'appui aux soins de santé de base. Il reçoit les malades orientés par le niveau primaire... ». Cette activité se rapporte à l'organisation pyramidale de l'offre de soins, selon laquelle l'hôpital est un niveau de recours et non de première ligne. Il doit par conséquent éviter de se substituer aux services de première ligne dans leur fonction essentielle, mais plutôt les appuyer et encadrer leur personnel et participer à la gestion et à la coordination des programmes de santé.

Quand l'hôpital contribue à réaliser des priorités nationales de santé, quand il se déploie pour éviter les iniquités liés au statut socioéconomique ou au statut de morbidité, il assure également une fonction de santé publique.

3.3.3. Une fonction d'assistance

Vu la diversité des profils des usagers de l'hôpital et les conditions dans lesquelles ils arrivent à l'hôpital, beaucoup de cas sociaux ou ayant besoin d'une aide particulière se retrouvent à l'hôpital (enfants abandonnés, les AVP, les cas sans identité, sans domicile ou sans famille, ou sans couverture médicale, etc.). L'hôpital se trouve amené à jouer un rôle d'assistance sociale.

3.4. Une mission économique et managériale

C'est la mission la plus ignorée dans l'analyse des hôpitaux. Elle est de plus en plus mise en œuvre dans les réformes hospitalières à travers le monde. L'émergence du modèle hospitalocentrique et l'avènement du management en occident sont pour beaucoup dans la prise de conscience de ce rôle hospitalier.

L'hôpital est une organisation de production de soins et services (voir 2.4.). Pour réaliser cette mission, il doit mobiliser des ressources humaines qualifiées, une technologie de pointe et procéder à des achats de matières et de services. Ceci lui confère une qualité d'agent économique. Cette mission d'agence économique est de nature horizontale et concerne toutes les autres fonctions sus-décrites. Elle

se traduit à l'interne, principalement, par une fonction d'achat, une fonction de gestion des processus de production et une fonction d'administration ou de direction. Elle a d'autres traductions dans le cadre du marché lié à la santé, mais elles débordent l'objet de ce document et ne seront par conséquent pas abordées.

3.4.1. La fonction d'achat

L'hôpital est un grand consommateur de biens et services. La diversité de ses facteurs de production et leur importance dans le bon fonctionnement des services oblige de leur accorder un intérêt particulier dans le processus de gestion. Cette fonction d'achat se justifie également par la maîtrise des procédures de passation des marchés et du niveau de l'offre privée, qu'elle suppose, sans parler des difficultés d'approvisionnement etc.

Missions de l'hôpital public :

1. Mission de soins et service ;
2. Mission de développement professionnel ;
3. Mission de santé publique
4. Mission économique et managériale.

3.4.2. Gestion de la production

Pour pouvoir réaliser ses objectifs de soins, l'hôpital doit disposer d'un système d'enregistrement et d'information, d'un système de recouvrement des coûts (tarification, facturation, recouvrement), d'un système d'hygiène hospitalière, d'un système de maintenance et d'entretien, d'un système d'assurance qualité etc. Tous ces supports technico-logistiques constituent, à leur tour, des chaînes de production qu'il faut gérer au quotidien.

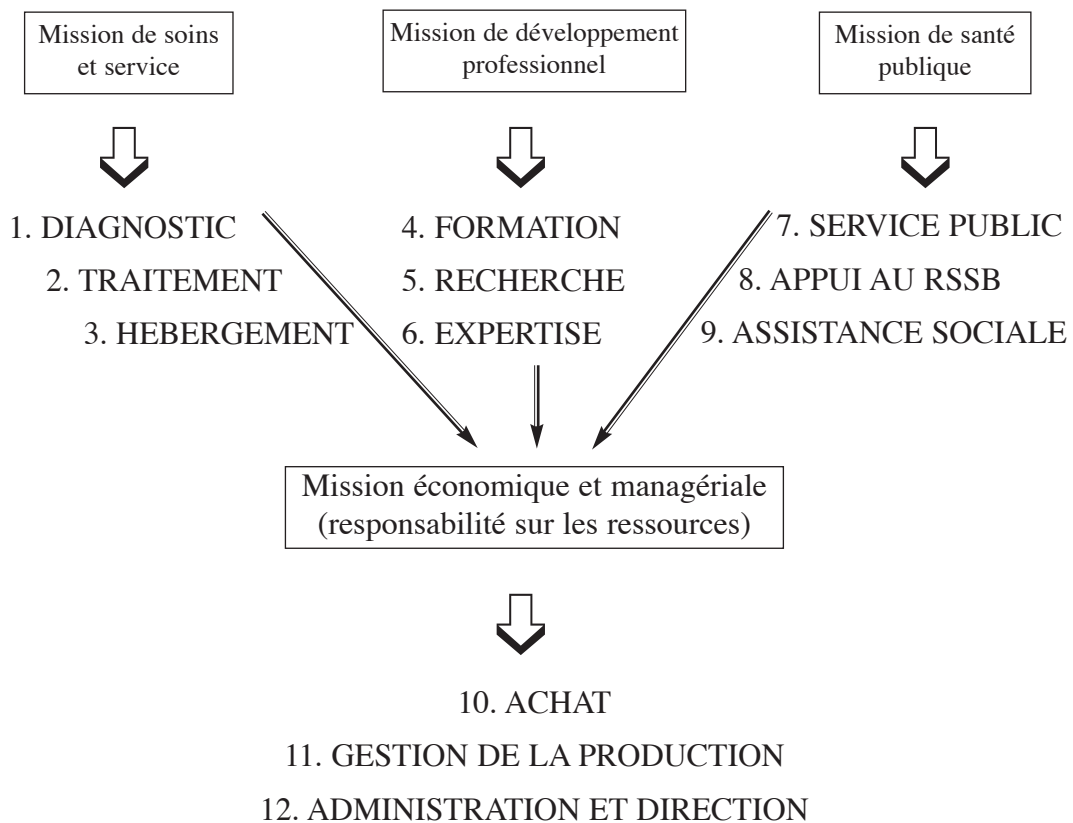
3.4.3. Direction de l'hôpital

Comme toute organisation, l'hôpital doit avoir une direction qui définit les stratégies d'action de l'hôpital, assure les activités de planification des ressources et évalue la performance de l'hôpital. Cette direction aura également pour responsabilité d'assurer la gestion des ressources humaines et financières et de piloter tout le processus de production de soins et de ses supports logistiques et techniques. A travers cette fonction, l'hôpital doit relever les défis liés à l'amélioration de la performance et à la maîtrise des dépenses. Si la production de soins constitue la raison d'être de

l'hôpital, la direction en constitue la fonction stratégique. Elle est porteuse des enjeux actuels et futurs des réformes hospitalières.

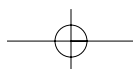
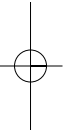
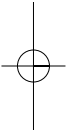
En tant qu'organisation publique de production de soins et services, l'hôpital public marocain remplit donc quatre missions qui se traduisent par dix fonctions (voir schéma n° 6). La multiplicité et la diversité des fonctions de l'hôpital traduit la complexité de sa gestion et le défi que doivent relever les équipes de direction hospitalière dans la perspective de la réforme.

Schéma n°6 : LES 12 FONCTIONS DE L'HOPITAL PUBLIC AU MAROC





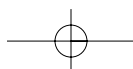
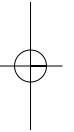
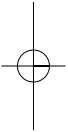
Principes Généraux de Planification Stratégique à l'Hopital





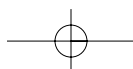
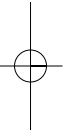
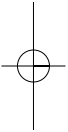
PARTIE II

PLANIFICATION STRATEGIQUE CONCEPTS ET MODELES





Principes Généraux de Planification Stratégique à l'Hopital



Le plan directeur hospitalier ou projet d'établissement se présente comme un outil de planification stratégique. Pour bien le mettre en place, il est nécessaire de maîtriser les concepts et la démarche de planification stratégique. Cette deuxième partie est un rappel des principes de base de planification et de stratégie indispensables à une bonne formulation du projet d'établissement hospitalier.

1. LA PLANIFICATION ET LA STRATEGIE

1.1. C'est quoi la planification ?

Planifier c'est tenir compte de l'avenir à travers un plan formel. Dans son ouvrage, devenu best seller, «Grandeur et décadence de la planification stratégique», Mintzberg (1994) définit la planification comme «une procédure formalisée qui a pour but de produire un résultat articulé sous la forme d'un système intégré de décisions». Vingt ans avant cela, Van Gunstern (1976) avait déjà dit que «Planifier, c'est intégrer un ensemble d'activités en un tout qui a un sens» c'est à dire un plan. Ainsi les deux maîtres mots de la planification sont «prévision» et «plan». L'absence de plan traduit soit l'absence d'un processus de planification soit son inefficacité.

La planification relève des instances supérieures d'une organisation, c'est à dire les directions d'organisations, les conseils d'administration etc.

La routine du quotidien est l'ennemi de la planification
Le plan est le principal produit de tout processus de planification

La planification est aussi une démarche de prise de décision. Le recours à cette démarche se justifie, selon, Mintzberg (1994), par :

- **Le souci de s'assurer que le futur est pris en considération :**

C'est la raison essentielle de recours à la planification. Elle permet de comprendre les conséquences futures des décisions présentes.

- **Le besoin de développer la rationalité :**

La planification suppose une démarche et des justifications d'actions et de décisions, ce qui est le propre de la rationalité. La planification ne peut être intuitive.

- **Le souci de contrôler l'incertitude :**

Il est admis que la rationalité dans les décisions ne peut être que « limitée » selon la théorie de la décision de Herbert Simon. Toutefois, un minimum de rationalité permet de contrôler l'incertitude liée à tout processus décisionnel. Or le futur, l'environnement, les hommes et le travail constituent d'importantes sources d'incertitude. La planification est donc un moyen de contrôle de l'incertitude.

- **Le besoin de coordonner les activités**

A travers les plans qu'elle permet de réaliser, la planification permet de créer l'unité et développe la transparence et la confiance mutuelle. Elle permet aussi de consolider une vision.

POURQUOI FAUT-IL PLANIFIER ?

- 1. Pour s'assurer que le futur est pris en considération**
- 2. Pour être rationnel**
- 3. Pour développer la transparence**
- 4. Pour contrôler l'incertitude de l'environnement**
- 5. Pour coordonner les activités**

1.2. C'est quoi la stratégie ?

Si la planification traduit une démarche formalisée de projection dans un futur obscur et dans un environnement instable, les planificateurs auront besoin, pour s'y prendre, d'une sorte de « boussole » pour s'orienter. La « stratégie » vient répondre à ce besoin par des approches, des analyses et des outils spécifiques. La stratégie est donc comme un bâton d'aveugle; les dirigeants en ont besoin pour découvrir ou retrouver leur chemin dans le fouillis de la gestion quotidienne et dans l'obscurité et la complexité d'un environnement turbulent¹⁴.

La notion de stratégie¹⁵ a pris naissance dans le domaine militaire et politique. Sa conceptualisation dans le domaine du management ne s'est développée qu'à partir des années 60. Le père fondateur de ce mouvement de stratégie dans les organisations

14. Hafsi, T., Toulouse, J-M. et coll. (1996); *La stratégie des organisations: une synthèse. Les ed. transcontinental, Qc.*

15. Le terme *stratégie* vient du grec *stratêgos*, de *stratos* qui signifie « armée », et *agein* qui signifie « conduire »

est Keneth Andrews. Cet auteur considère la stratégie des organisations comme un «pattern de décisions qui détermine et révèle les objectifs de l'entreprise, les fins qu'elle poursuit ou ses buts, qui produit les principales politiques et les plans pour atteindre ces buts et qui définit les domaines d'activités de l'entreprise, le type d'organisation économique et humaine qu'elle entend être et la nature des contributions économiques ou autres qu'elle entend fournir à ses actionnaires, à ses employés, à ses clients et à la collectivité» (K. Andrews, 1987).

Pour Mintzberg (1987, 1994), la stratégie désigne à la fois :

- un plan, établi consciemment pour guider l'action vers la réalisation d'un but.
- un pattern (forme ou design) de comportements cohérents (explicites ou non) dans une suite d'actions. Une manœuvre de mise en œuvre de moyens pour réaliser un objectif;
- une position, une façon de situer une organisation dans son environnement. (mission, niche, enjeux, compétences distinctives...)
- une perspective, une façon de concevoir le monde, le travail, les relations de travail et l'avenir. (expression de vision et de culture d'une organisation)

LES « 5 P » DE LA STRATEGIE (Mintzberg, 1987) :

- Plan;
- Pattern (modèle);
- Ploy (manœuvre);
- Position;
- Perspective

Pour opérationnaliser l'appréhension de ce concept, nous dirons que la stratégie est une réponse organisée à trois questions :

- Qu'est ce qu'on va faire (en terme d'énoncé de mission et des grandes orientations) ?
- Comment on va le faire (en terme de mobilisation de ressources, d'organisation des actions et d'anticipation de résultats) ?
- Qui va le faire (en terme de définition des rôles et responsabilités) ?

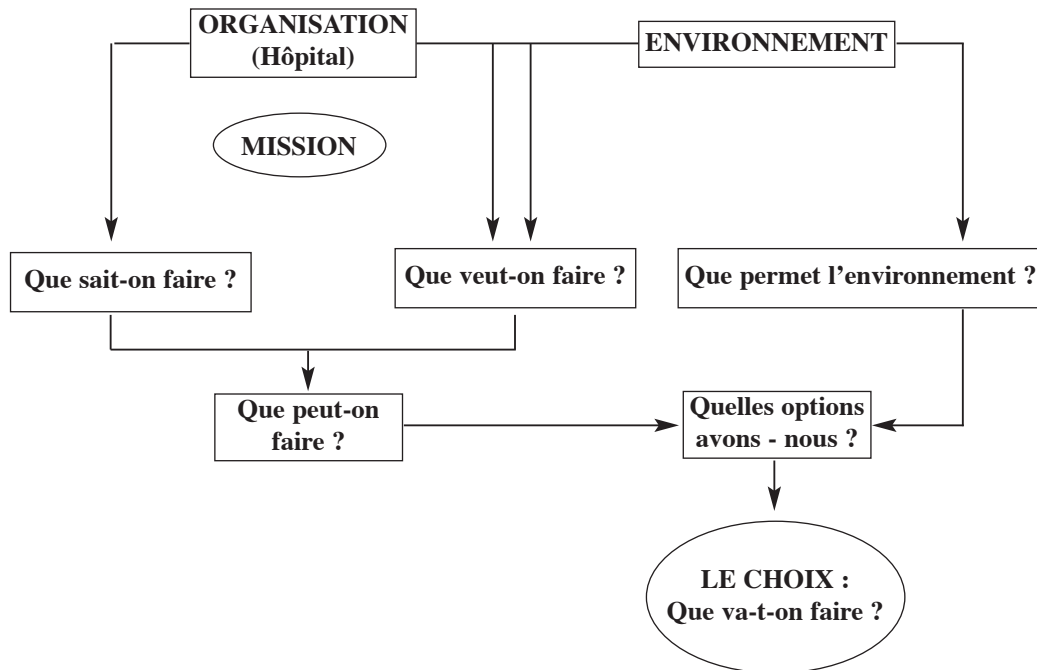
La stratégie s'intéresse donc à tous les aspects de la mise en œuvre, depuis les choix stratégiques et la mobilisation des moyens jusqu'à l'anticipation et le suivi. Elle peut être définie comme l'art de la mise en œuvre (voir schéma n° 7).

La stratégie est une suite de réponse à trois questions

- Quoi faire ?
- Comment le faire ?
- Qui va le faire ?

La stratégie est l'art de la mise en œuvre.

Schéma n° 7 : FONDEMENT DE LA DEMARCHE STRATEGIQUE



1.3. De la planification à la planification stratégique

La planification stratégique associe à la fois les soucis de la planification et de la stratégie, c'est à dire ceux liés à la rationalisation des décisions, à la prise en considération du futur, à la formulation stratégique ainsi qu'à l'organisation et la mobilisation des ressources. La planification stratégique est la formalisation du passage du discours à l'action, c'est à dire de l'énoncé politique à la mise en oeuvre. Elle se fait à travers trois temps et deux mouvements :

- **Un temps politique**

On entend par politique, «l'art de gouverner et de diriger». Ce temps est consacré à définir la politique de l'organisation (Quoi faire ?), c'est à dire à préciser sa mission et ses buts, à définir ses produits et ses fonctions ainsi que les opportunités qu'elle doit saisir et les défis liés à l'environnement qu'elle doit relever.

- **un temps stratégique**

On entend par stratégie, l'art de la mise en oeuvre. Ce temps est consacré à l'identification des choix stratégiques, à la programmation des activités dans le temps et dans l'espace et à la mobilisation des moyens d'action (Comment le faire ?).

- **Un temps tactique :**

La tactique signifie «l'art du passage à l'acte» (Reysset & Widemann, 1997). Ce temps est consacré à la définition d'un plan d'action opérationnel des activités et à la désignation des responsables de ces actions (Qui et quand on va le faire?).

- Un premier mouvement entre le temps politique le temps stratégique qui correspond au passage de l'énoncé de mission et d'objectifs à la formulation stratégique (programmes d'action).
- Un second mouvement entre le temps stratégique et le temps tactique qui correspond au passage de la formulation stratégique à l'exécution des activités.

Ainsi les produits de la planification stratégique seront toujours des plans de mise en oeuvre de politiques ou de projets d'organisation. Des outils comme le Plan d'entreprise, le plan de développement, le plan d'affaire, le plan financier et le projet d'établissement sont donc des outils de planification stratégiques.



**Les produits du processus
de planification stratégique :**

- **Une vision et des objectifs** (Résultat de la prévision)
- **Un cheminement vers les buts** (Résultat de la réflexion stratégique)
- **Un programme d'actions** (Résultat de la formalisation)

Les approches de planification stratégique ont été construites, depuis les années 1960, autour de deux étapes :

- L'analyse stratégique qui comprend l'étude des caractéristiques de l'environnement (diagnostic externe) et l'analyse des caractéristiques de l'organisation (Diagnostic interne).
- La formulation stratégique qui comprend le choix des orientations stratégiques et la formulation proprement dite de la stratégie (voir schéma n°8).

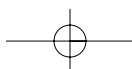
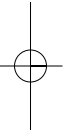
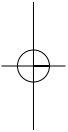
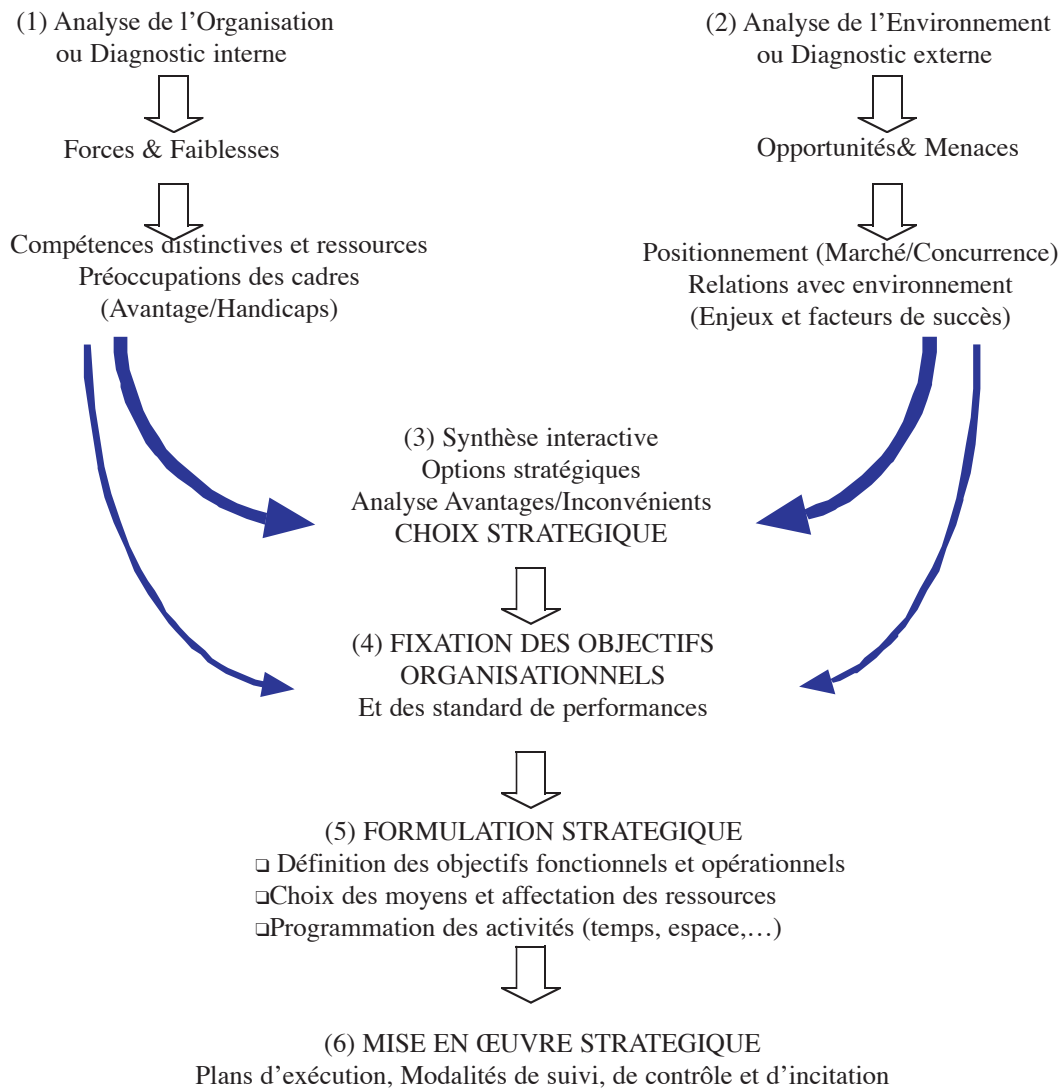


Schéma n° 8: la Planification stratégique, une démarche en deux phases et 6 étapes :

- (i) Analyse stratégique (étapes 1 et 2)
- (ii) Formulation stratégique (étapes de 3 à 6)



2. LA PLANIFICATION DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

2.1. La planification sanitaire

L'approche de planification a été introduite dans le domaine de la santé à partir des années soixante. Le premier plan sanitaire réalisé est celui du quinquennat 1961-65. La normalisation des offres a vu le jour à partir des années 70. Avec la mise en place des principes de la politique des soins de santé primaires dans le plan 1981-85, fût introduite la planification par programme qui a été progressivement décentralisée au niveau des provinces. Actuellement chaque centre de santé a son propre plan d'action par programme.

Avec l'avènement de la réforme, il est prévu la décentralisation de la fonction de planification à travers la mise en place et le développement de six outils principaux de planification stratégique et de régulation de l'offre de soins à savoir :

- Le Plan stratégique régional (PSR)
- La Carte sanitaire (CS),
- Le Schéma régional d'offre de soins (SROS),
- Le Plan directeur hospitalier ou Projet d'établissement hospitalier (PEH),
- Le Budget programme (Contractualisation),
- La normalisation des critères d'allocation des ressources financières,
- Les plans d'effectifs.

Dans ce document nous nous limiterons à la discussion du projet d'établissement.

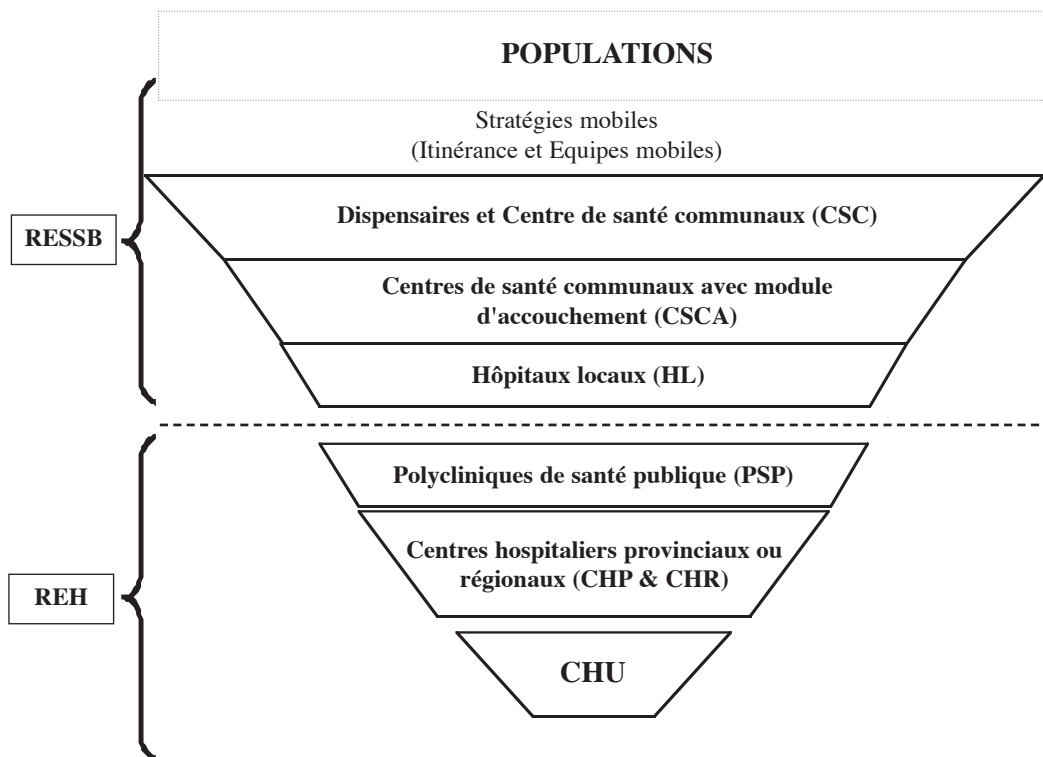
2.2. Organisation du réseau des établissements hospitaliers au Maroc

Les établissements publics de production de soins et services sont organisés, au Maroc, selon un modèle pyramidal en deux réseaux :

- Un réseau des établissements de soins de santé de base ou primaires (RESSB) qui constituent la première ligne de soins et la principale porte d'entrée au système de soins. Ce réseau est composé de quatre types d'établissements : le centre de santé communal (en milieu rural), le centre de santé urbain, le centre de santé communal avec module d'accouchement et l'hôpital local (voir schéma n° 9).

- Un réseau des établissements hospitaliers (REH) qui est composé de trois types d'hôpitaux représentant des niveaux de recours différents : la polyclinique de santé publique qui constitue le premier niveau de recours hospitalier, les centres hospitaliers provinciaux et régionaux et les centres hospitaliers universitaires (voir schéma n° 9).

Schéma n° 9: Pyramide de l'offre de soins au Maroc



2.3. Typologie des hôpitaux publics

On peut distinguer trois types de critères pour la catégorisation des hôpitaux publics au Maroc :

- (i) L'aire de desserte, (ii) Le paquet de soins offert, (iii) et le mode de gestion.

Selon le paquet de soins offert et le niveau de sophistication du plateau technique, on distingue:

- Les hôpitaux généraux (HG): qui sont des organisations publiques de production de soins et services (OPPS) appelés établissements sanitaires qui «assurent une série de services différenciés, à des malades de tout âge et souffrant d'affections divers. Ils disposent de services médico-techniques d'investigation, de traitement et d'hospitalisation. Ils comprennent, outre le service des urgences, les disciplines de base suivantes: chirurgie, médecine, obstétrique et pédiatrie¹⁶». Quand ils se limitent à ces services, ils sont appelés polycliniques de santé publique (PSP). Ils peuvent aussi comprendre, d'autres spécialités médicales et chirurgicales.
- et les hôpitaux spécialisés (HS): ce sont des OPPS ou établissements sanitaires «qui s'occupent essentiellement des personnes souffrants d'une maladie déterminée ou d'une affection d'un appareil ou d'un organe donnée»¹⁷.

Selon l'aire de desserte (et le paquet d'activité offert), on distingue au Maroc quatre types d'établissement hospitalier :

- La polyclinique de santé publique (PSP): qui constitue dans le site où elle est implantée le premier niveau de référence pour les établissements de soins de base. Elle comprend, en plus des urgences (U) les disciplines de base suivantes (MCOP): médecine, chirurgie, obstétrique et pédiatrie. Son implantation exige une agglomération d'au moins 20 000 habitants.
- le centre hospitalier provincial ou préfectoral (CHP): qui peut être constitué par un ou plusieurs hôpitaux généraux ou spécialisés. Il comprend, en plus des disciplines de base (UMCOP), les spécialités médicales et chirurgicales suivantes: l'ophtalmologie, la dermatologie, l'ORL, les maladies infectieuses, la pneumo-phtisiologie, la cardiologie, la gastro-entérologie, l'endocrinologie, la psychiatrie, la traumatologie-orthopédie, la réhabilitation, la médecine interne et la réanimation.
- le centre hospitalier régional (CHR) : comme le CHP, il est constitué par un ou plusieurs hôpitaux généraux ou spécialisés. Il est implanté dans le chef lieu de région. Il comprend, en plus des disciplines existantes, au niveau du CHP, des disciplines à vocation régionale telles que la chirurgie infantile, l'urologie, la neurochirurgie, le service des brûlés, la stomatologie, la néphrologie, la rhumatologie, la neurologie et l'hématologie.

16. Offre de soins, 2000

17. Offre de soins, 2000



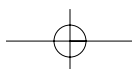
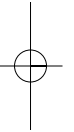
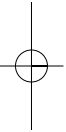
Principes Généraux de Planification Stratégique à l'Hôpital

- Le centre hospitalier universitaire (CHU) : qui comprend un ensemble d'établissements comprenant une gamme complète de services hautement spécialisés.

Selon le statut ou mode de gestion, trois types d'hôpitaux sont également à distinguer :

- les hôpitaux gérés en mode régie : qui n'ont ni personnalité morale ni autonomie financière,
- les hôpitaux SEGMA (services d'état gérés de manière autonome) : qui n'ont pas de personnalité morale mais disposent d'une certaine autonomie financière. Ils ont un contrôle sur les recettes mais pas sur le personnel et continuent à bénéficier de subventions de l'état.
- et les établissements publics autonomes : qui ont une personnalité morale et une autonomie financière. Ils correspondent aux CHU.

Théoriquement les PSP constituent le premier niveau de recours, mais pour des raisons historiques d'anciens hôpitaux généraux assurent le rôle de premier recours hospitalier.



SCHEMA N°10: REPARTITION DES HOPITAUX SELON LEURS STATUTS (DONNEES 1999)

Types d'hôpitaux	Hôpitaux généraux	Hôpitaux spécialisés	Total
Régie	12	14	26
SEGMA	65	09	74
EPA	2	10	12
Total	79	33	112

Source : « Offre de soins 2000 », DPRF, MS

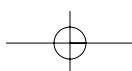
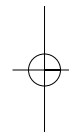
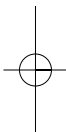
Dans le cadre de la réforme en cours au Maroc, il est prévu une décentralisation de la fonction de planification. Il sera permis aux équipes régionales de définir, en collaboration avec le secteur privé et les conseils régionaux, l'offre de soins à travers l'élaboration d'un schéma régional de l'offre de soins (SROS). Le projet d'établissement constitue également une forme de décentralisation de la fonction de planification à l'hôpital. La carte sanitaire constituera l'agrégat de ces différents outils de régulation de l'offre.



PARTIE III

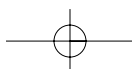
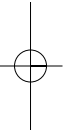
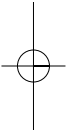
LE PLAN DIRECTEUR HOSPITALIER OU PROJET D'ETABLISSEMENT

Eléments d'orientation





Principes Généraux de Planification Stratégique à l'Hopital



1. PRESENTATION DE L'OUTIL

1.1. C'est quoi le projet d'établissement ?

Le plan directeur hospitalier ou projet d'établissement (PEH) est un outil de planification stratégique et de communication. Il facilite le développement d'une vision et l'engagement des professionnels et des gestionnaires autour d'objectifs communs. C'est également un cadre dans lequel peuvent être envisagées des stratégies de changement ou d'innovation.

Comme outil de planification stratégique, le projet d'établissement correspond à un document qui définit la mission et les objectifs de l'hôpital, analyse sa situation, dessine sa stratégie et précise les modalités de la mise en œuvre de son développement à travers des plans d'action sur 3 à 5 ans.

Comme moyen de communication, le projet d'établissement correspond à un processus d'échange et de concertation entre les différents acteurs de l'hôpital en vue de les mobiliser autour d'un projet commun.

Le but du projet d'établissement est de présenter à la tutelle, aux organes de gestion, aux usagers et aux autres partenaires, les orientations stratégiques de l'hôpital, leur pertinence, leur faisabilité et la manière avec laquelle ils seront mis en œuvre. Il peut également constituer un cadre pour le développement de la contractualisation, du partenariat avec les ONG ou toute autre forme d'externalisation. Le projet d'établissement est donc un document de politique hospitalière

Le projet d'établissement hospitalier est également un moyen pour orienter les soins vers la population en améliorant la connaissance que l'hôpital a de sa clientèle réelle (analyse de la demande et de l'attractivité).

Sur le plan de son contenu, le PEH est un ensemble de projets spécifiques articulés de façon cohérente en vue de la réalisation d'objectifs stratégiques. Les projets spécifiques sont articulés autour du projet médical et du projet managérial et sont représentés par le projet de soins infirmiers, les projets techniques, le plan des équipements et de la maintenance, le plan financier et le schéma directeur (voir schéma n° 11).

En raison de cet intérêt, le PEH est à la fois une contrainte et une opportunité. Une contrainte puisqu'il suppose l'initiation d'une nouvelle culture de planification

à l'hôpital basée sur un management participatif et une responsabilisation des acteurs et parce qu'il conditionne tout investissement hospitalier par l'élaboration d'un plan stratégique. C'est également une opportunité pour assurer un développement harmonieux de l'hôpital, pour améliorer la performance de l'hôpital et pour réduire les dysfonctionnements et les conflits .

1.2. Composantes du projet d'établissement

L'application de la démarche du projet d'établissement suppose de tenir compte des spécificités de l'hôpital et de son contexte. C'est ce qui nous amène à inscrire ces deux soucis comme premières phases de la démarche de développement du projet d'établissement.

L'engagement dans un processus de planification stratégique à l'hôpital suppose également la réalisation de trois temps essentiels (voir plus haut, processus de la démarche stratégique) :

Un temps de définition de mission et de développement du diagnostic

Dans ce cadre, les responsables de l'hôpital doivent répondre aux questions suivantes :

- Quelle est la raison d'être de l'hôpital (mission) ?
- Quelles sont les caractéristiques, présentes et futures, de son contexte ?
- Quel est son statut ? Quelle est la nature de ses relations avec l'environnement (RESSB, Privé, Tutelle, population...)?
- Quelles sont ses objectifs et quelles fonctions est-il amené à assurer ?
- Quelles sont ses caractéristiques, ses forces et ses faiblesses ?

Un temps de formulation stratégique

On entend par formulation stratégique le « déroulement des éléments qui permettent l'analyse de la situation stratégique d'une organisation et, par la suite la mise en forme d'une nouvelle stratégie ou des ajustements à celle qui existe » . Dans ce cadre, il est question de¹⁸:

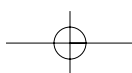
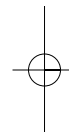
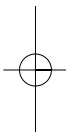
Définir quels soins produire ?

18. Hafsi T. & Toulouse J.M. (1996) ; *La stratégie des organisation : une synthèse. Les ed. transcontinental, p. 115*

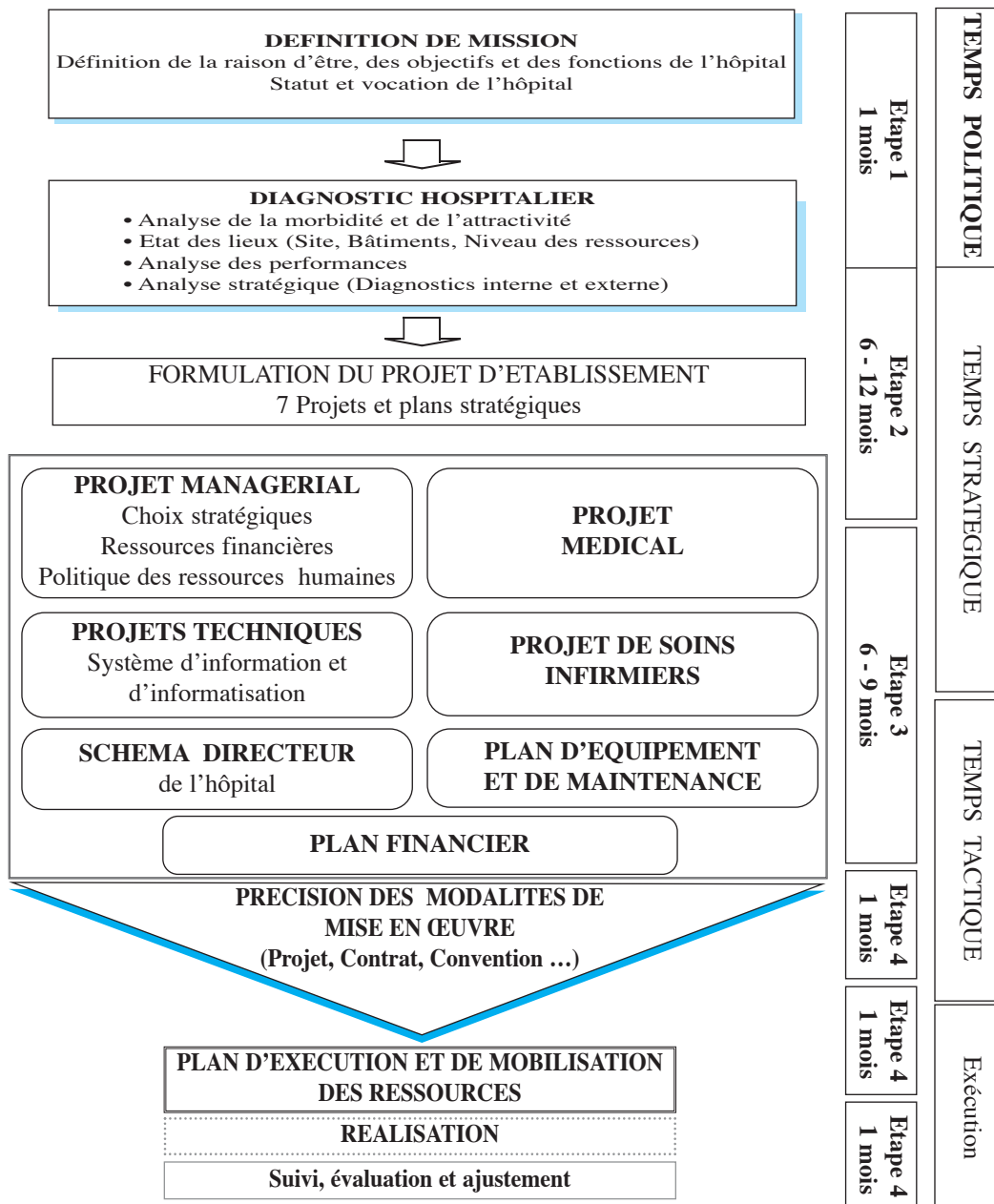


Pour quels résultats ?
Avec quels moyens ?
et selon quelle organisation ?
Un temps de programmation ?

Il correspond au temps tactique formulé dans le chapitre précédent et se traduit par l'élaboration des différents plans d'exécution, par la précision des mécanismes de suivi et d'évaluation.



Le schéma n° 11 illustre les différentes étapes de réalisation du projet d'établissement.



2. ELEMENTS DE CONTEXTE

2.1. La réforme du financement

Les soucis de financement des soins a été concrétisé vers la fin des années 80 par la réalisation en 1989 de la première étude sur le financement de la santé. Vers 1993, Feu sa majesté Hassan II annonce dans son discours du trône que « l'assurance maladie sera généralisée progressivement à toutes les couches sociales ». Depuis cette date un grand effort a été investi pour parvenir à un choix qui repose sur l'introduction, à travers deux projets de loi, de deux mécanismes de financement : l'assurance maladie obligatoire (AMO) et le régime d'assistance médicale (RAMED). Ces deux mécanismes sont indissociables dans leur traitement et dans leur progression.

L'AMO consiste en une couverture médicale de base dont l'objectif est essentiellement social. Actuellement elle représente 16 % des sources de financement de la santé (CNS, 97-98) . A court terme elle touchera 30 % de la population, puis elle sera élargie pour couvrir environ 45 % de la population.

Le RAMED est un régime adressé aux populations économiquement faibles et cherche à répondre à un souci d'équité et de justice sociale dans l'accès aux soins. Ce régime s'articule autour de deux composantes : (i) l'identification des bénéficiaires sur la base de critères socioéconomiques objectifs et (ii) le financement de leur prise en charge sanitaire dans le respect du principe de séparation entre financement et production des soins.

L'addition des populations éligibles par ces deux mécanismes de financement à court terme, donne des pourcentages de la couverture allant de 50 à 85 %, selon les scénarii envisagés pour le RAMED.

2.2. La réforme hospitalière

Le Maroc s'est engagé depuis quelques années dans un processus de réformes politique, économique et sociale. Les modèles de gouvernance conçus au lendemain de l'indépendance paraissent arriver à leur rendement marginal, et il s'avère de plus en plus nécessaire d'engager une réflexion profonde à la recherche de nouveaux modèles capables de relever les défis du début du troisième millénaire.

Dans ce cadre, le secteur de la santé paraît être le domaine qui suscite le moins d'innovations et de débats politiques. Bien que ses motivations sont différentes, la stratégie sectorielle 2000-2004 et les projets de loi sur l'AMO et le RAMED restent les seuls énoncés de politique socio-sanitaire formulés dans ce sens. Beaucoup d'autres questions restent sans réponse : quel modèle d'hôpital pour le Maroc et pour quel système national de santé ? Quel est le rôle de l'Etat dans la régulation de ce système ? Qu'est ce qui est prévu pour amener les établissements et les administrations de santé à être plus performants et plus entreprenants ? Quelle relation formelle devrait exister entre les différents secteurs d'offre de soins ? Autant de questions qui ne peuvent être abordées que dans le cadre d'une réforme du secteur de la santé.

Annoncée dès 1993, cette réforme commence à prendre forme. Elle est centrée autour de trois choix politiques : la régionalisation, la réforme du financement et la réforme hospitalière. Cette dernière se justifie pour au moins 5 raisons :

- Répondre aux exigences de la transition sanitaire qui montre une charge de morbidité globale dominée par les maladies non transmissibles,
- Moderniser les hôpitaux (Bâtiments, technologie...) et améliorer leur management pour les rendre plus performants.
- Rendre les hôpitaux publics compétitifs en vue d'équilibrer le flux du financement par les assurances où les hôpitaux publics n'en bénéficient qu'à hauteur de 5 %, bien qu'ils représentent plus de 80 % de la capacité litière nationale.
- Préparer les hôpitaux à la mise en place de l'AMO et du RAMED par le développement d'un système de facturation des actes.
- Développer de nouvelles relations entre la tutelle et les hôpitaux (Planification de l'offre, Budget programme, Accréditation)

C'est dans ce contexte de réformes politique et sanitaire que les hôpitaux seront amenés à mettre en œuvre et développer certains mécanismes et outils de planification et de gestion hospitalières dont le projet d'établissement.

2.3. La régionalisation

Depuis la promulgation de la loi sur la régionalisation en 1996, plusieurs initiatives sont entreprises pour déconcentrer un certain nombre d'activités du centre vers la région. Ainsi, les délégués du ministère de la santé aux chef-lieux des

régions administratives ont pu bénéficier d'un statut de coordonnateur régional. En plus des structures à vocation régionale comme les IFCS et les hôpitaux, certaines entités ont été développées à ce niveau, comme les observatoires régionaux d'épidémiologie, les unités régionales de la maintenance biomédicale, les cellules régionales de coordination des marchés etc.

Ces initiatives ont amené un débat et des réflexions importants sur la régionalisation sectorielle qui s'est traduite par l'organisation de séminaires ateliers sur la question et qui a poussé au développement de projet d'appui de la régionalisation dans des régions pilotes comme le PAGSS (projet d'appui à la gestion du secteur de la santé) à la région orientale et le PROGRESS (projet de gestion régionale des services de santé) au niveau de deux régions : Tanger-Tétouan et Sous-Massa-Draa. Le premier couvre toute la filière de soins et le second renforce la gestion régionale des programmes sanitaires.

3. DIAGNOSTIC HOSPITALIER

Le diagnostic hospitalier peut reposer sur trois types d'analyse : une analyse de la morbidité hospitalière, une analyse de la performance et une analyse stratégique. Deux sources d'information sont envisagées: le système d'information de routine, actuellement appelé SIG-Ho (système d'information et de gestion hospitalière) et les enquêtes ou études. La première source d'information permet l'analyse périodique du niveau de fonctionnement de l'hôpital et la deuxième permet de préparer les éléments d'orientation au processus de planification envisagé dans le projet d'établissement.

3.1. L'analyse de la morbidité et du bassin de desserte de l'hôpital

Cette analyse constitue un préalable important au projet médical. Elle correspond à une étude systématique de la demande de soins hospitalier et de l'origine des malades sur la base d'une exploration minutieuse des dossiers et des registres de l'hôpital sur une durée plus ou moins longue. Cette analyse traduit l'orientation de l'hôpital sur sa clientèle réelle (patients) et potentielle (Bassin de desserte).

En cas de disponibilité des moyens, il vaut mieux réaliser cette étude par un bureau d'étude professionnel en la matière. En tout cas, l'essentiel est d'approcher la connaissance de la clientèle de l'hôpital et de sa demande de soins.

Rappelons à ce propos que la DHSA a réalisé ce genre d'étude pour les 5 hôpitaux de la phase I de la réforme hospitalière et pour les 4 hôpitaux de la région orientale.

3.2. Analyse de la performance hospitalière

Pour l'analyse de la performance des hôpitaux, la Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires (DHSA) a élaboré une matrice qui permet d'analyser les principales fonctions de l'hôpital à travers des attributs choisis par les professionnels du terrain. Ainsi, bien que les équipes hospitalières ont identifié plusieurs fonctions de l'hôpital (voir chap. 3 partie I), seules les fonctions de soins, de diagnostic, d'hôtellerie et de gestion ont été retenues pour l'analyse de la performance. La raison est double : l'absence de support d'information de routine pour mesurer de façon fiable les autres fonctions et la non réalisation de toutes les fonctions par tous les hôpitaux. Les attributs mesurés sont classiques : la production, l'efficacité et l'efficience.

Le principe de parcimonie a été utilisé dans le choix des indicateurs pour éviter d'alourdir la tâche aux responsables centraux et hospitaliers. Le but est, dans un premier, temps, de mettre en place un système d'analyse de la performance des hôpitaux qui soit opérationnel et auquel les responsables hospitaliers puissent s'identifier. Le résultat de ce travail est représenté par une matrice appelée matrice d'analyse de la performance hospitalière. Elle correspond à un tableau à multiples entrées qui permet d'apprécier horizontalement les fonctions hospitalières et verticalement les attributs de performance. Cette matrice peut être enrichie et développée selon l'évolution du SIG-Ho.

Schéma n° 12 : Matrice d'analyse de la performance hospitalière

	ATTRIBUTS	DE	PERFORMANCE
FONCTIONS	PRODUCTION	EFFICACITE	EFFICIENCE
SOINS			
Urgence			
Consultation spécialisée externe			
Hospitalisation			
DIAGNOSTIC			
Imagerie			
Laboratoire			
HOTELLERIE			
Séjour			
FINANCE			
Facturation			
Recouvrement			
Recettes propres			

La DHSA, s'occupera de mesurer les tendances centrales nationales des indicateurs retenus dans cette matrice et de les envoyer aux hôpitaux (voir matrice avec les indicateurs en annexe 1). Ces derniers peuvent positionner leur performance par rapport à cette tendance nationale et enclencher une démarche d'analyse pour comprendre et expliquer une insuffisance et envisager les modalités de correction nécessaire.

3.3. L'analyse stratégique (diagnostics interne et externe) de l'hôpital

C'est ce qui correspond à l'analyse stratégique dans la démarche de la planification stratégique envisagée dans le schéma 8 ou à ce que les français appellent environnement interne et externe de l'hôpital.

Cette analyse est réalisée par les professionnels de l'hôpital. Elle porte sur les quatre composantes organisationnelles envisagées dans les paragraphes 2.1. et 2.4. de la première partie de ce document, à savoir la structure de l'hôpital, ses acteurs, son environnement et le comportement et les attentes de ses professionnels et sa stratégie.

L'objectif est d'identifier les faiblesses et handicaps qui empêcheraient le développement de l'hôpital ainsi que les facteurs favorables à son développement (voir schéma 8). Cette double analyse (interne et externe) constitue un préalable au projet managérial. La matrice FFOM qui en constitue la synthèse facilite le passage à la phase de formulation du projet managérial .

4. FORMULATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT

La formulation du projet d'établissement repose sur deux logiques :

Une logique professionnelle qui permet à chaque groupe de professionnels ou de techniciens d'être les premiers à se prononcer sur leurs activités. D'autant plus qu'ils sont le plus en mesure de mieux définir les problèmes spécifiques de l'hôpital par domaine d'intervention et qu'ils seront amenés à mettre en œuvre les orientations du projet d'établissement. Cette logique se justifie également par le fait que l'hôpital est une bureaucratie professionnelle qui entretient et favorise le développement de plusieurs sous-cultures professionnelles (les médecins, les infirmiers, les administrateurs, les ingénieurs, les techniciens etc). Cette logique a donc un rôle structurant qui facilite l'identification et le développement des professions. C'est ce qui explique la co-formulation de projets stratégiques comme le projet médical, le projet soins infirmiers, les projets techniques, d'équipement biomédical etc.

Une logique de projet : qui est de nature horizontale et qui vise à favoriser les liens de concertation et d'échange entre les différents professionnels et à sensibiliser les différents acteurs sur l'importance de soumettre tout projet de soins

à des exigences de temps, de moyens et de résultats comme le prévoit la trilogie des projets.

Que ce soit dans le monde des affaires ou de la santé, le management par « projet » (d'établissement) s'impose de plus en plus. Un projet est une démarche structurée de mobilisation d'acteurs et de ressources pour la réalisation d'objectifs déterminés. Le management par projet constitue une alternative à la gestion classique axée essentiellement sur l'exécution. C'est un facteur d'unité qui rassemble les membres d'une équipe autour d'un objectif clair. Le management par projet généralise des pratiques de suivi, de régulation et de responsabilisation, renforçant ainsi l'autonomie

Le management par projet impose trois choses (trilogie des projets) : l'obligation de résultats, la maîtrise des ressources, le respect des échéances. Pour pouvoir assurer cela, les gestionnaires de projets disposent d'une boîte à outils spécifiques, comme le cadre logique pour le suivi de l'avancement du projet, le diagramme de Gantt pour suivre les échéances, le contrôle de qualité pour apprécier les résultats.

Alors que la logique professionnelle apporte le contenu des différents plans stratégiques, la logique de projet leur apporte une démarche spécifique de planification.

4.1. Le projet managérial

Le projet managérial et le projet médical constituent les plaques pivots du PEH. Le premier en raison des nombreuses ressources mobilisées par l'hôpital et le second en raison de la raison d'être de l'hôpital. Ce choix concorde avec la dualité organisationnelle de l'hôpital que nous avons rappelé dans le premier chapitre et avec le double souci qui caractérise son développement centré à la fois sur la réalisation d'objectifs de santé et la maîtrise des dépenses.

On entend par projet managérial, un projet qui comprend l'énoncé de la mission de l'hôpital, la précision de ses grands choix stratégiques, de sa politique de développement et de gestion des ressources humaines. Il relève de la responsabilité de l'équipe de direction appuyé par des représentants des différents acteurs stratégiques de l'hôpital (CMC, CG...). Ces intervenants peuvent être regroupés dans le cadre d'un comité de pilotage du projet d'établissement. Ce

comité aura à valider les différents projets stratégiques du projet d'établissement et à orchestrer les échanges et la communication entre eux. Le comité de pilotage précisera s'il est nécessaire de procéder à une mise à niveau des connaissances sur la planification stratégique, sur le management par projet ou sur l'analyse du fonctionnement de l'hôpital.

Le comité de pilotage n'est pas une instance d'exercice de l'autorité, mais un forum de concertation, de coordination et de recherche de consensus sur le développement de l'hôpital.

Le comité de pilotage doit définir les éléments de cadrage et d'orientation des travaux des différents groupes de travail constitués. Ses réunions et son ordre de jour seront tracés eu égard à l'avancement des travaux des différents groupes de travail.

Le comité de pilotage doit se réunir à l'occasion de chaque fin d'étape et chaque fois qu'il est nécessaire de valider un travail de groupe. Il sera responsable de communiquer les résultats du diagnostic hospitalier, du diagnostic organisationnel et du projet managérial qui seront des documents de base pour les travaux des autres groupes.

4.2. Le projet médical

Le projet médical représente l'ensemble organisé des moyens médicaux (actions et ressources) mis en œuvre pour permettre à l'hôpital de répondre à sa mission principale de production de soins hospitaliers. Il constitue la composante essentielle du projet d'établissement en raison de la mission de l'hôpital et de l'objectif du projet d'établissement. L'appellation « projet » médical doit rappeler la démarche participative et soucieuse des contraintes de ressources et du contexte dans lequel le projet est élaboré.

Le groupe de travail qui sera désigné pour la formulation de ce projet doit être crédible et représentatif de l'ensemble de la communauté médicale de l'hôpital. Il doit (1) d'abord confirmer la mission de l'hôpital et définir les objectifs de soins en précisant leur contribution dans l'amélioration de l'état de santé de la population. Ce sera une occasion pour partager les valeurs de l'hôpital entre le corps médical. Le groupe de travail s'attachera après (2) à mieux connaître sa population desservie (ses caractéristiques socio-démographiques et

épidémiologiques, son niveau d'accessibilité physique et financière à l'hôpital. Le projet médical doit préciser les principales causes de mortalité et de morbidité hospitalières. Il doit (3) positionner l'offre hospitalière par rapport à l'ensemble de l'offre, publique et privée, de la zone desservie. A ce propos, il doit faire des choix de développement de services selon la nature des besoins exprimés et des compétences et potentialités de l'hôpital.

En continuité à cela, (4) il s'attachera à analyser le niveau de fonctionnement de l'hôpital et ses implications sur l'organisation des soins et des services hospitaliers. Pour ce faire, l'Unité de mise en œuvre de la réforme (UMER) a élaboré une matrice d'analyse de la performance des hôpitaux adaptée aux contextes marocain et au système d'information de routine en vigueur (voir annexe n°1) et qui peut guider cette analyse. Dans sa cinquième (5) et sixième (6) étapes, le projet médical doit préciser ses choix d'organisation de services et de développement professionnel et la répartition des tâches et responsabilités qui en découlent (voir schéma n° 13).

Trois dimensions seront systématiquement prises en considération : les mécanismes d'assurance qualité, les modalités de gestion des déchets hospitaliers et le plan d'urgence hospitalier.

Une fois formulé, ce projet doit faire l'objet d'une large concertation avec les différents acteurs de l'hôpital sous la coordination du comité de pilotage. Comme nous l'avons précisé plus haut, la CMC, de part son mandat jouera un rôle moteur dans ce processus.

Schéma n° 13 : DEMARCHE DE FORMALISATION DU PROJET MEDICAL

(1) Définir les objectifs de soins

Rencontres organisées pour discuter de l'opportunité du PEH,
partager la mission de l'hôpital et définir les objectifs de soins



(2) Connaître la population et ses problèmes de santé

Caractéristiques socio-démographiques
Epidémiologie hospitalière
(Distribution mortalité et morbidité hospitalière)
Niveau d'accessibilité à l'hôpital
Niveau de solvabilité



(3) Positionner l'hôpital par rapport à l'offre régionale de soins

Part de l'offre (par type de clientèle et par type de morbidité)
Relations avec le RESSB et les autres hôpitaux du REH
Relations avec le privé
Relations avec les ONG et les autorités



(4) Analyser le niveau de performance de l'hôpital (Matrice NPH)

Par fonction (Diagnostic, soins, hôtellerie)
Par attribut (production, efficacité, productivité)
Par service médico-technique (BO, Laboratoire, Imagerie, Pharmacie)
Par Service-Porte d'entrée (Urgences, Maternité, Centre de diagnostic)
Par circuit de prise en charge
Satisfaction des usagers (enquête)



(5) Définir les axes de développement professionnel de l'hôpital

Maintenir une compétence distinctive, Développer un nouveau service,
Introduire la démarche qualité, Développer les alternatives à l'hospitalisation ,
Développer le service des urgences, Restructurer les espaces, développer la recherche...



(6) Segmentation stratégique et organisation de la prise en charge

Définition des domaines d'activités spécifiques
(/spécialité, type de clientèle, type de circuit, type de plateau technique)
Organisation de l'hospitalisation : complète, incomplète, ambulatoire ...
Répartition des lits (<, >, =, 0) ; Organisation du circuit des patients
Définition des besoins en ressources,
Précision des besoins en appui technique et en formation

4.3. Le projet de soins infirmiers

Le projet de soins infirmiers constitue l'autre traduction professionnelle du projet managérial après le projet médical. La dépendance des soins infirmiers des prescriptions médicales rend le projet de soins dépendant du projet médical. Cette caractéristique peut justifier le développement de projets de services qui intégreraient et les soins médicaux et infirmiers. Cette alternative a deux inconvénients :

- Elle renforce l'identité au service qui fait que chaque service ne se voit que plus étoffé et mobilisant plus de ressources, alors qu'il est possible d'envisager, dans le cadre du projet d'établissement, des fermetures ou des conversions de services ou encore une réduction de leur capacité litière.
- Elle ne donne pas l'occasion au corps infirmier de développer sa propre vision de l'organisation et de la qualité des soins.

Le développement de projet de services peut se faire de façon verticale après identification des options de développement hospitaliers.

Le projet de soins infirmier s'intéresse, comme le projet médical, à l'organisation des soins , à la qualité des soins, à la formation, à l'hygiène hospitalière et à l'évaluation des compétences professionnelles. Mais avant d'intégrer les approches, il est nécessaire de les développer dans le cadre des corps professionnels respectifs.

4.4. Le Système d'information et de gestion hospitalière (SIG-Ho)

Le système d'information constitue un des piliers de toute démarche de projet d'établissement. Il est le support de toutes les activités actuelles et une des clés de succès de toutes les actions futures. Il constitue donc le principal projet technique. Le système d'information doit permettre l'inventaire des ressources, le suivi des activités et l'analyse de la performance.

Actuellement le Ministère de la santé a mis en place un nouveau système d'information hospitalier appelé SIG-Ho (système d'information et de gestion hospitalière). C'est un système manuel, mais qui est prévu pour une informatisation dans le cadre de la réforme. Pour cela, il doit faire l'objet d'une adhésion des professionnels du terrain et d'une évaluation d'implantation, comme il doit intégrer les actions prévues dans le cadre de la réforme hospitalière.

Dans ce cadre, le rôle de l'hôpital consiste à donner un feed-back au central sur les forces et faiblesses de ce système et sur les possibilités de leur correction. La DHSA devra, en collaboration avec la DPRF et en coordination avec les équipes hospitalières, apporter les améliorations nécessaires avant toute tentative d'informatisation.

4.5. Plan d'équipement et de maintenance

La situation des équipements lourds des hôpitaux publics marocains est caractérisée par un parc relativement âgé. Les pourcentages des équipements des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale et de laboratoire dont l'âge de fonctionnement est supérieur à cinq ans sont respectivement de 66 %, 83 % et 71 %. Pour une durée de vie supérieure à dix ans, ces proportions sont de 44 % pour les blocs opératoires, 41 % pour le matériel de radiologie et 40 % pour les laboratoires. Le nombre d'interventions de maintenance interne était de 3000 en 1998 et a mobilisé un coût qui s'élève à 750 000 DH (Stratégie sectorielle, p. 136).

Ces données montrent qu'il sera question dans presque tous les hôpitaux de modernisation des équipements et de stratégie de maintenance. Ces activités doivent également faire l'objet d'une planification minutieuse et en harmonie avec les besoins prioritaires de l'hôpital et les autres investissements prévus dans le cadre du projet d'établissement. L'outil qui présente cette planification est appelé « plan d'équipement et de maintenance ».

Le plan d'équipement repose sur la planification de l'offre et sur l'organisation de la filière de soins à l'hôpital. Il est important de standardiser la démarche de planification de l'équipement et des programmes techniques au niveau national pour faciliter aux équipes hospitalières l'intégration de son contenu. A ce propos, aussi bien la carte sanitaire que le schéma régional de l'offre de soins constituent des documents de référence incontournables. Comme préalable à cette planification, l'hôpital doit disposer d'un inventaire budgétisé de ses équipements avec leurs spécifications qu'il doit confronter aux besoins présents et futurs qu'exige le développement de l'hôpital.

Les objectifs spécifiques de ce plan d'équipement de maintenance hospitalière sont mis en évidence par la stratégie sectorielle (p. 136). Il s'agit essentiellement de :

- Tenir un inventaire du patrimoine biomédical,
- Assurer sa maintenance et son aménagement,
- Favoriser la recherche et assurer la normalisation des équipements,
- Animer la fonction « entretien du patrimoine » au niveau des hôpitaux,
- Renforcer et moderniser le plateau technique de l'hôpital.

4.6. Le plan directeur

Le schéma directeur hospitalier (SDH) est une composante du projet d'établissement qui analyse et planifie les dimensions de génie civil (bâtiments, installations techniques, espaces extérieurs, communication). Sa réalisation peut se faire soit après le projet médical, soit en parallèle et dans ce cas il faut qu'il en soit décalé dans le temps pour intégrer les orientations professionnelles dans l'établissement du plan. Il sera élaboré en quatre étapes

- Une étape de diagnostic de l'état des lieux des bâtiments et des installations techniques;
- Une étape de concertation avec les professionnels et les techniciens pour préciser les orientations des professionnels et des techniciens sur l'architecture future de l'hôpital qui se rapportent à l'évolution de la pratique hospitalière.
- Une troisième étape d'élaboration du projet de plan directeur de l'hôpital.
- Une quatrième étape de budgétisation des travaux envisagés

La première étape doit être faite avant la formulation du projet d'établissement, parce qu'un plan directeur inadapté à l'activité de l'hôpital peut être source de dysfonctionnement et sa correction doit par conséquent être envisagée dans le cadre de la définition des objectifs hospitaliers. L'étude de l'Etat des lieux permet de faire le relevé topographique des bâtiments et l'évaluation de l'état des installations techniques ainsi que l'inventaire, les spécifications et l'état des équipements biomédicaux de l'hôpital. Cette étude permet également de préciser les forces et les faiblesses de l'architecture hospitalière, avec un accent particulier sur la communication, la fonctionnalité des services et l'espace extérieur.

4.7. Le plan de financement

Le plan de financement est un document qui précise les sources de financement des différentes activités du projet d'établissement et les projections de dépense depuis sa conception jusqu'à son évaluation finale. Au Maroc, l'élaboration des projets d'établissement est envisagée, dans une première phase,

dans le cadre de projets d'appui qui sont déjà financés par un prêt ou un don. Il s'agit notamment du Projet d'appui à la gestion du secteur de la santé (PAGSS) et du projet de financement et de gestion du secteur de la santé (PFGSS). Ce qui veut dire que l'élaboration des plans de financement est possible moyennant, toutefois, une collaboration avec les structures responsables de la gestion des deux projets sus-mentionnés : l'unité de mise en œuvre de la réforme (UMER) et l'unité de suivi des projets (USP).

5. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI

5.1. Assise juridique de la mise en œuvre : contractualisation

La mise en œuvre du projet d'établissement hospitalier peut être envisagée dans le cadre d'une relation contractuelle ou conventionnelle avec la tutelle. A ce propos, il est prévu la mise en place du « budget-programme » avec les hôpitaux. Cet instrument constitue un cadre réglementaire important pour la mise en œuvre des projets d'établissements et le développement de la reddition des comptes.

La mise en œuvre des projets d'établissement peut également s'inscrire dans le cadre d'une relation partenariale avec les collectivités locales, une association non gouvernementale ou un donateur. Rappelons à ce propos que la loi sur la régionalisation permet le financement par le conseil régional d'investissements hospitaliers.

5.2. Démarche de réalisation

La réalisation de tout projet d'établissement reste tributaire du réalisme et de l'engagement de l'équipe hospitalière. Elle suppose, comme toute démarche de projet, la maîtrise du temps et une bonne appréciation des sources de financement. Dans tous les cas, il est nécessaire de définir des échéances ou des dates butoirs pour les activités à réaliser et les moyens nécessaires pour leur réalisation. Il faut également définir les responsabilités de chaque acteur ou groupe de travail dans la mise en œuvre.

La réalisation d'un projet d'établissement repose sur le modèle proposé dans le schéma n°11. Elle est soumise à la démarche des trois temps et deux mouvements envisagée dans la deuxième partie de ce document.

- Le premier temps : l'énoncé du projet et la constitution de l'équipe de pilotage

Elle peut correspondre à un atelier de travail sur le projet d'établissement organisé à l'hôpital et auquel seront invités tous les acteurs stratégiques de l'hôpital. Cet atelier doit être bien préparé parce que de sa réussite dépendra la suite des événements. Un appui technique est souhaitable à ce stade pour encadrer les débats et préciser la démarche. Cet atelier doit déboucher sur la constitution de l'équipe de pilotage et la précision de ses termes de référence (premières activités et échéances).

La synthèse des travaux de cet atelier et la composition et le mandat de l'équipe de pilotage doivent être communiqués à tout le personnel de l'hôpital selon des modalités à convenir dans l'atelier.

- Le deuxième temps : l'élaboration du diagnostic hospitalier et la constitution des équipes de travail relatives aux différents plans stratégiques.

La première tâche du comité de pilotage est de faire le diagnostic hospitalier. Les résultats de ce diagnostic seront également diffusés au personnel de l'hôpital au fur et à mesure de leur production pour leur permettre d'y réagir ou de les intégrer. Un autre atelier peut être organisé pour présenter et valider ce diagnostic avant de passer à l'étape suivante. Dans le même atelier l'équipe de pilotage doit procéder à la constitution des groupes de travail selon le schéma des priorités qu'elle a retenu (également avec des termes de référence et des échéances).

L'ensemble des groupes de travail auront à produire des « documents » et de les discuter avec les autres cadres de l'hôpital. La capacité de rédaction et d'organisation de travail est incontournable dans le choix des groupes.

- Le troisième temps : la validation des documents de projets, la définition des modalités de mise en œuvre et l'élaboration du plan d'exécution du projet d'établissement.

5.3. les modalités de suivi

Le suivi de l'exécution du projet d'établissement doit se faire à partir du plan d'exécution par le comité de pilotage. Le plan d'exécution peut être décliné sous forme de plan d'action annuel et de plan d'action spécifique à chaque sous-projet. Le temps et le financement constituent les premiers soucis à gérer. Les retombés positives doivent être mises en évidence pour encourager les équipes et pour solliciter leur engagement. Il est également important d'être proactif dans ce processus pour pouvoir anticiper les échecs et intégrer les changements de l'environnement de l'hôpital.

CONCLUSION

Le projet d'établissement, ou schéma directeur hospitalier, constitue un grand levier d'action pour le développement harmonieux des hôpitaux marocains. La difficulté de sa mise en place est liée au grand nombre de décisions et choix stratégiques qu'il suppose ainsi qu'à cette grande mobilisation d'acteurs aussi bien hospitaliers qu'extrahospitaliers. Sa programmation dans la mise en œuvre de la réforme hospitalière arrive à point nommé avec une conjoncture politique et sectorielle favorable. Le projet d'établissement est d'abord un projet de l'hôpital. Tous les professionnels hospitaliers doivent s'y identifier pour pouvoir le réaliser. Il doit donc reposer sur la participation et l'engagement de l'ensemble des cadres hospitaliers. A travers le projet d'établissement, l'hôpital peut aborder, analyser et surmonter ses dysfonctionnements majeurs, comme il peut sensibiliser tous ses acteurs sur ses difficultés et sur les opportunités d'amélioration qui lui sont offertes. Ce n'est donc pas un hasard s'il se trouve au cœur du développement hospitalier.