

تقييم أداء المستشفيات: أداة تقييم الأداء لتحسين الجودة في المستشفيات (PATH) كرافعة لأداء المستشفيات العمومية المغربية

*Evaluating the hospital performance: Performance Assessment
Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH) as a Lever for
enhancing performance in Moroccan public hospitals*

*L'évaluation de la performance hospitalière : Le modèle PATH
comme levier d'amélioration de performance de l'hôpital public
marocain*

الوحماني خالد: طالب دكتوراه، المدرسة الوطنية للتجارة والتسيير بالدار البيضاء (ENCG)، جامعة
الحسن الثاني بالدار البيضاء، مختبر البحث الاستشرافي في المالية والتدبير (LRPFG).

طارق قسباوي: أستاذ باحث، المدرسة الوطنية للتجارة والتسيير بالدار البيضاء - جامعة الحسن
الثاني بالدار البيضاء، مختبر البحث في الاستشراف في المالية والتدبير (LRPFG).

EL OUAHMANI Khalid: Doctorant, ENCG Casablanca Université Hassan
II Casablanca, Laboratoire de Recherche Prospective en Finance et Gestion
(LRPFG)

Email: Elouahmani.khalid@gmail.com

KASBAOUI TARIK: Enseignant chercheur, ENCG Casablanca-Université
Hassan II Casablanca, Laboratoire de Recherche Prospective en Finance et
Gestion (LRPFG)

Email: tarik.kasbaoui@gmail.com

Doi: <https://doi.org/10.56989/benkj.v6i3.1793>

المخلص:

أصبح تقييم أداء المستشفيات قضية محورية في مجالي الحوكمة واتخاذ القرار الإداري، في سياق يتسم بتزايد الضغوط على أنظمة الصحة العمومية. فبعد أن كان يُقاس في السابق أساسًا من خلال مؤشرات مالية أو إنتاجية، بات أداء المستشفيات يُنظر إليه اليوم على نطاق واسع كمفهوم متعدد الأبعاد يشمل الجوانب السريرية والتنظيمية والبشرية.

في هذا الإطار، تقدم هذه المقالة مراجعة نقدية لأهم نماذج تقييم أداء المستشفيات التي طُوِّرت ضمن علوم الإدارة، مع إيلاء اهتمام خاص لأداة تقييم أداء المستشفيات (PATH) التي صممها منظمة الصحة العالمية. واستنادًا إلى تحليل وثائقي ومقارن لأبرز الأطر النظرية — بما في ذلك النماذج أحادية البعد، وإطار دونابيديان، وبطاقة الأداء المتوازن، ونموذج EGIPSS، ونموذج PATH — تدرس هذه الدراسة الشروط التي يمكن في ظلها نقل نموذج PATH وتكييفه مع سياق المستشفيات العمومية المغربية، الذي يتميز بإصلاحات مستمرة في القطاع العام، ولا سيما في النظام الصحي.

وتشير النتائج إلى أن المقاربات أحادية البعد تعجز عن استيعاب التعقيد التنظيمي للمستشفيات العمومية. في المقابل، يتميز نموذج PATH بطابعه التكاملي والتشاركي، فضلًا عن توجهه الواضح نحو التحسين المستمر. ورغم استمرار التحديات المرتبطة بأنظمة المعلومات الاستشفائية، والثقافة الإدارية، ومدى تبني الفاعلين للنموذج، تبرز المقالة إمكانات نموذج PATH كرافعة استراتيجية لتحديث تدبير أداء المستشفيات في المغرب.

الكلمات المفتاحية: أداء المستشفيات، نموذج PATH، تقييم الأداء، إصلاح النظام الصحي، المستشفيات العمومية.

Abstract:

Assessing hospital performance has become a key issue for governance and managerial decision-making in a context marked by increasing pressure on public health systems. Once largely approached through financial or productivity-based measures, hospital performance is now widely recognized as a multidimensional concept encompassing clinical, organizational, and human dimensions.

In this context, the article offers a critical review of the main hospital performance assessment models developed within the field of management sciences, with particular attention given to the Performance Assessment Tool for Hospitals (PATH) designed by the World Health Organization (WHO). Drawing on a documentary and comparative analysis of major theoretical frameworks—including unidimensional models, the Donabedian framework, the Balanced Scorecard, EGIPSS, and PATH—the study examines the conditions under which the PATH model can be transferred and adapted to the context of Moroccan public hospitals, which is characterized by ongoing public sector reforms, particularly within the healthcare system.

The findings suggest that unidimensional approaches fall short of capturing the organizational complexity of public hospitals. In contrast, the PATH model stands out for its integrative and participatory nature, as well as its clear orientation toward continuous improvement. Despite persistent challenges related to hospital information systems, managerial culture, and stakeholder ownership, the article highlights the potential of the PATH model as a strategic lever for modernizing hospital performance management in Morocco.

Keywords: hospital performance, PATH model, performance assessment, health system reform, public hospitals

Résumé :

Face aux pressions croissantes exercées sur les systèmes de santé publics, l'évaluation de la performance hospitalière s'impose comme un enjeu stratégique de gouvernance et de pilotage managérial. Cet article propose une revue critique des principaux modèles d'évaluation de la performance hospitalière issus des sciences de gestion, avec un accent particulier sur le modèle PATH (Performance Assessment Tool for Hospitals), développé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

À travers une analyse documentaire et comparative des cadres théoriques — modèles unidimensionnels, modèle de Donabedian, Balanced Scorecard, EGIPSS et PATH — l'étude examine les conditions de transférabilité et d'adaptation de ce modèle au contexte des hôpitaux publics marocains, dans un environnement marqué par des réformes de la gestion publique et du financement du système de santé.

Les résultats montrent que les approches unidimensionnelles demeurent insuffisantes pour appréhender la complexité organisationnelle des hôpitaux, tandis que le modèle PATH se distingue par son caractère intégrateur, participatif et orienté vers l'amélioration continue. Malgré des contraintes liées aux systèmes d'information, à la culture managériale et à l'appropriation par les acteurs, l'article met en évidence le potentiel du modèle PATH en tant que levier stratégique pour la modernisation du pilotage de la performance hospitalière au Maroc.

Mots-clés : performance hospitalière, modèle PATH, évaluation de la performance, réforme sanitaire, hôpitaux publics.

Introduction:

Sous l'effet de tensions budgétaires accrues, du vieillissement progressif de la population et de l'exigence croissante en matière de qualité des soins, les hôpitaux publics sont aujourd'hui soumis à une double pression : assurer leur mission de service public tout en démontrant une utilisation efficiente, transparente et responsable des ressources mobilisées. Cette situation contraignante pousse les décideurs publics et les managers des établissements de santé à être plus vigilants quant à l'évaluation de la performance des entités qu'ils gèrent.

Longtemps réduite à une approche essentiellement financière ou productive, la performance a progressivement été réinterprétée comme un concept multidimensionnel intégrant des dimensions cliniques, organisationnelles et humaines. Cette évolution conceptuelle reflète une transformation plus large des modes de gouvernance publique et des attentes sociétales à l'égard des organisations de santé (Grandjean, 2015 ; Teil, 2002). Dans le champ des sciences de gestion, cette dynamique s'articule aux principes de la Nouvelle Gestion Publique (NGP), introduisant une gestion par objectifs, l'évaluation systématique des résultats et la responsabilisation des acteurs (Hood, 1991).

Au Maroc, cette dynamique est soutenue par la mise en œuvre d'un ensemble de textes, principalement la Loi organique n° 130-13 relative à la loi de finances (LOF), introduisant une gestion orientée vers les résultats dans les établissements publics, ainsi que par la réforme du système de santé visant la généralisation de la couverture médicale, l'amélioration de l'offre de soins et de la qualité des prestations, et le renforcement de la gouvernance hospitalière. Dans ce contexte, les hôpitaux publics sont appelés à se doter d'outils de pilotage permettant de concilier performance clinique, efficience économique et équité sociale.

Cependant, la littérature met en évidence une diversité de modèles d'évaluation de la performance hospitalière (modèle des objectifs, modèle de Donabedian, Balanced Scorecard, EGIPSS), dont la transférabilité vers les contextes des pays émergents demeure discutée. Ces modèles, souvent conçus dans des environnements institutionnels et technologiques avancés, peinent à s'adapter à la complexité organisationnelle des hôpitaux publics marocains, marqués par une dualité clinico-administrative, une

fragmentation des systèmes d'information et une culture encore limitée du reporting (Zenjari, 2016 ; Alvarez, 2011).

Face à ces limites, l'outil dénommé PATH (« Performance Assessment Tool for Hospitals »), développé par l'OMS, apparaît comme un cadre intégrateur visant l'amélioration continue plutôt que la simple comparaison des établissements. Toutefois, son applicabilité dans le contexte marocain soulève plusieurs interrogations d'ordre managérial et organisationnel.

Problématique de recherche : Dans quelle mesure le modèle PATH peut-il constituer un référentiel pertinent et adaptable d'évaluation et un levier d'amélioration de la performance des hôpitaux publics marocains, dans un contexte de réforme de la gestion publique ?

Principaux apports de l'article:

Cet article contribue à la littérature en sciences de gestion publique de trois manières:

- ✓ Il propose une lecture critique et intégrée des modèles d'évaluation de la performance des hôpitaux à partir des théories managériales.
- ✓ Il analyse les conditions de transférabilité du modèle PATH vers un contexte de pays émergent.
- ✓ Il formule des pistes managériales d'adaptation progressive du modèle PATH aux hôpitaux publics marocains.

Méthodologie de recherche

Dans ce travail de recherche, on a adopté une démarche qualitative, exploratoire. Elle repose sur une analyse documentaire approfondie visant à comparer et à évaluer les principaux modèles d'évaluation de la performance hospitalière.

Les sources mobilisées comprennent :

- ✓ Des articles académiques en management public, gestion hospitalière et économie de la santé ;
- ✓ Des rapports institutionnels (OMS, OCDE) ;
- ✓ Des textes législatifs marocains (LOF, réformes sanitaires) ;

- ✓ Des travaux antérieurs portant sur le système hospitalier marocain.

Les modèles analysés ont été sélectionnés selon leur reconnaissance scientifique, leur applicabilité au secteur hospitalier public et leur potentiel d'opérationnalisation managériale. L'analyse comparative porte sur les dimensions couvertes, les indicateurs mobilisés et les limites organisationnelles identifiées.

Limites : L'étude ne repose pas sur une enquête empirique de terrain. Elle constitue une étape conceptuelle préparatoire à de futures recherches empiriques

Revue de littérature: des modèles unidimensionnels aux approches intégrées

3.1. La performance: un concept polymorphe en sciences de gestion

Le terme « performance » provient de l'anglais *to perform*, signifiant « accomplir ». Initialement utilisé dans le domaine sportif, il a été progressivement intégré dans le champ de la gestion publique et hospitalière. Pour Silem (2005), la performance « correspond au degré d'accomplissement des buts, des objectifs, des plans ou des programmes que s'est donné une organisation ». Murray et al. (2000) y ajoutent une dimension comparative : « la performance suppose que l'on compare les résultats obtenus à ceux qu'il aurait été possible d'obtenir. »

Dans le secteur public, la performance renvoie à l'efficacité (la capacité d'atteindre les objectifs fixés), à l'efficience (l'optimalité du rapport moyens/résultats), à l'équité (l'accessibilité aux services publics) et à la qualité des prestations fournies. La LOF au Maroc (2015) a institutionnalisé cette approche, en définissant la performance comme « l'atteinte par une administration publique des objectifs préalablement définis dans la réalisation d'un programme ».

3.2. Les modèles unidimensionnels : limites organisationnelles

a. Modèle des objectifs rationnels

Ce modèle, hérité du management privé, évalue la performance par le niveau d'atteinte des objectifs fixés. Il privilégie la logique coût-efficacité (Magnussen, 1996). Néanmoins, il tend à ignorer les finalités sociales et la

qualité des processus, ce qui le rend limité dans les hôpitaux, où les objectifs sont souvent implicites ou contradictoires (enseignement, recherche, soins).

b. Modèle des ressources

Ici, la performance dépend de la capacité de l'organisation à acquérir des ressources (financières, humaines, technologiques). Comme le souligne Teil (2002), une institution riche en ressources est perçue comme plus performante. Mais ce modèle confond richesse et performance, négligeant la manière dont ces ressources sont utilisées.

c. Modèle des relations humaines

Centré sur la satisfaction des acteurs internes, ce modèle met en avant le rôle du climat social, de la motivation et de l'engagement des professionnels (Iaffaldano, 1985 ; Perry, 1990). En contexte hospitalier, cette dimension est cruciale, car les conflits entre médecins, cadres et personnel administratif peuvent paralyser toute tentative d'amélioration.

d. Modèle des processus

Inspiré de Mintzberg (1998), il évalue la performance à travers la conformité aux procédures et normes. Bien que pertinent pour la qualité des soins, sa standardisation rigide entre en tension avec la personnalisation nécessaire en médecine.

3.3. Les modèles multidimensionnels :

Face aux limites des modèles unidimensionnels, de nouvelles approches émergent.

a. Le Balanced ScoreCard (BSC)

Kaplan et Norton sont les auteurs fondateurs de ce modèle, il aborde la notion de performance suivant quatre dimensions : la dimension financière, l'orientation client, processus internes, apprentissage et innovation organisationnel. Appliqué à l'hôpital, il permet un pilotage stratégique équilibré (Champagne, 2005). Toutefois, comme le relève Le Pogam (2009), son application reste hétérogène, car il laisse aux décideurs le soin de définir les indicateurs pertinents.

b. Le modèle de Donabedian

Fondamental en gestion sanitaire, Donabedian (1966, 1985) distingue structure, processus et résultats. Cette tripartition rappelle qu'un bon

équipement (structure) ne garantit pas des bons soins (processus), ni de meilleurs résultats. Ce modèle reste cependant insuffisant pour capter les dimensions organisationnelles et managériales.

c. Le modèle EGIPSS

Issu des travaux de Sicotte et al. (1998), Teil (2002) et Champagne (2005), le modèle EGIPSS est fondé sur la théorie de l'action sociale de Parsons. Il s'articule autour de quatre fonctions essentielles :

- ✓ « Atteinte des objectifs (efficacité, efficience),
- ✓ Adaptation au evolution de l'environnement (mobilisation des ressources),
- ✓ Production (volume et qualité des soins),
- ✓ Maintien des valeurs (cohésion, éthique organisationnelle). »

EGIPSS introduit une vision globale, contingente et paradoxale de la performance, mais son opérationnalisation reste difficile.

3.4 Tableau comparatif des modèles d'évaluation de la performance des hospitaux :

Pour mieux cerner les forces, faiblesses et portées des différents modèles, nous proposons le tableau synthétique suivant, qui retrace leurs dimensions principales, indicateurs clés, avantages, limites et contextes d'application (*Tableau 1*):

Tableau 1: Comparaison des modèles d'évaluation de la performance hospitalière

	Modèle de Performance	Dimensions Principales	Indicateurs Clés	Avantages	Limites
unidimensionnels	Objectifs Rationnels	Efficacité, Efficience	Taux d'atteinte des objectifs, Coût par patient	Simple, quantifiable, utile pour le contrôle budgétaire	Réductionniste, ignore les aspects qualitatifs et humains
	Ressources / Adaptation	Capacité de mobilisation des ressources	Volume des ressources financières, matérielles, humaines	Met l'accent sur la viabilité de l'organisation	Ne mesure pas la qualité des résultats
	Relations Humaines	Climat social, Bien-être au travail	Taux d'absentéisme, Turn-over, Satisfaction du personnel	Valorise les ressources humaines, améliore l'engagement	Difficile à quantifier, indicateur indirect de performance
	Processus	Conformité, Standardisation	Respect des protocoles, Durée des soins	Améliore la qualité et la sécurité clinique	Rigide, peu adaptable aux cas complexes
multidimensionnel	Balanced ScoreCard (BSC)	Finance, Client, Processus, Innovation	Coûts, Satisfaction patient, Performance organisationnelle, Formation	Cadre équilibré, lien stratégie/performance	Complexité d'implémentation, risque de surcharge
	EGIPSS	Objectifs, Adaptation, Production, Valeurs	Efficience, Qualité des soins, Cohésion organisationnelle	Approche globale, théoriquement solide	Moins opérationnel, difficile à décliner
	Donabedian	Structure, Processus, Résultats	Infrastructures, Protocoles, Guérison, Mortalité évolutive	Fondamentalement clinique, très influent	Ignorer les dimensions managériales et financières
	OMS (2000)	Santé, Réactivité, Équité financière	EVCI, Délais d'accès, Contribution équitable	Universel, permet des comparaisons internationales	Faible opérationnalité au niveau hospitalier
	OCDE	Efficience, Qualité, Accès, Innovation	Coût par EPAs, Indicateurs de sécurité	Basé sur données comparables, réformes publiques	Manque de profondeur clinique
	PATH (OMS-Europe)	Efficacité clinique, Efficience, Personnel, Gouvernance, Sécurité, Orientation patient	Taux de guérison, Durée de séjour, Taux de réadmission, Satisfaction, Sécurité des soins	Intégré, pratique, centré patient, permet l'auto-évaluation	Nécessite des données fiables, peu validé empiriquement, adaptation nécessaire aux pays en développement

Source : Compilation des auteurs à partir des travaux de Teil (2002), Donabedian (1966), Sicotte (1999), OMS (2000), Zenjari (2016), OCDE (2004)

Fondements théoriques mobilisés:

L'analyse des modèles d'évaluation de la performance dans les hôpitaux révèle la mobilisation de plusieurs grandes théories issues des sciences de gestion, du management et des politiques publiques. Bien que ces modèles soient souvent présentés comme de simples outils techniques, ils s'appuient en réalité sur des cadres théoriques fondateurs, aux implications managériales, épistémologiques et organisationnelles profondes. Cette section a pour objectif d'explicitier ces théories, d'en analyser les postulats et de les mettre en perspective avec le contexte marocain, afin de poser les fondements d'une adaptation critique du modèle PATH.

4.1. La Nouvelle Gestion Publique (NGP) : le passage d'une logique de performance et de contrôle

Le mouvement de la Nouvelle Gestion Publique (New Public Management – NPM) remonte aux années 1980. Il propose de réformer l'administration publique en important des pratiques managériales issues du secteur privé, telles que la contractualisation, l'évaluation, la décentralisation et la gestion par objectifs (Hood, 1991). Il repose sur une critique du modèle bureaucratique traditionnel, jugé rigide, inefficace et insuffisamment orienté vers les résultats.

Dans le secteur hospitalier, la NGP se matérialise par :

- ✓ La mise en place de budgets-programmes (LOF au Maroc),
- ✓ L'instauration de contrats de performance,
- ✓ L'usage des tableaux de bord ainsi que les indicateurs de suivis et d'évaluation.

Le modèle PATH s'inscrit directement dans cette logique, en proposant un outil de mesure, de comparaison et d'amélioration. Il traduit une vision de la performance comme capacité à atteindre des objectifs définis, dans un cadre de ressources maîtrisées (Murray, 2000).

Limitation : La NGP risque de marchandiser la santé en réduisant la performance à une logique comptable, au détriment de la dimension éthique, équitable et humaine des soins (Teil, 2002).

4.2. La théorie de contingence : La performance comme construction contextuelle

Développée par Sainsaulieu (1998, cité par Rouhana & Teil, 2008), la théorie de contingence affirme qu'il n'y a pas de seule et meilleur modèle organisationnel. La performance dépend du contexte : taille de l'organisation, environnement, culture, stratégie.

« Tout est relatif ; les indicateurs ne sont pertinents qu'en fonction de variables telles que la typologie de l'industrie, la stratégie ou le climat social » (Rouhana & Teil, 2008, p. 31).

Cette théorie justifie l'impossibilité d'un transfert brut du modèle PATH. Un cadre conçu pour des hôpitaux européens bien dotés ne peut s'appliquer tel quel au contexte marocain marqué par des contraintes

structurelles, une surcharge de patientèle et une fragmentation des SIH (Zenjari, 2016).

Elle appelle à une adaptation locale, participative, et progressive des indicateurs.

4.3. La théorie de l'action sociale de Parsons : Une lecture systémique (EGIPSS)

Le modèle **EGIPSS** conçoit l'hôpital sous l'angle de la théorie de l'action sociale de Talcott Parsons, qui stipule que « pour survivre toute organisation doit remplir quatre fonctions à savoir :

- Une interaction avec son environnement pour acquérir des ressources et s'adapter
- Une orientation vers les buts
- Une intégration de ses processus internes pour produire.
- Un maintien de valeurs et normes qui facilitent et contraignent les trois fonctions précédentes ».

Un cadre qui donne une vision holistique de la performance hospitalière : il dépasse la seule efficience pour intégrer la cohésion sociale, le maintien des valeurs, et la capacité d'adaptation (Sicotte et al., 1998). Il est particulièrement pertinent pour le Maroc, où les hôpitaux doivent concilier service public, gestion moderne et diversité des acteurs.

4.4. Le modèle de Donabedian : Une causalité entre structure, processus et résultats

Le modèle proposé par Donabedian en 1966 a instauré les prérequis de mesure et d'évaluation de la qualité des soins et ce à travers trois dimensions :

- Structure : les ressources disponibles (personnel, équipement),
- Processus : les pratiques cliniques et administratives,
- Résultats : l'état de santé du patient.

« On ne peut comprendre les résultats sans analyser les processus, ni les processus sans connaître la structure » (Donabedian, 1966).

Ce modèle est indispensable pour évaluer la performance clinique, mais il n'intègre pas les dimensions financières et managériales. Il doit donc être combiné à un cadre gestionnaire pour être opérationnel dans un contexte de réforme comme celui du Maroc.

Le modèle PATH et les cadres internationaux d'évaluation

L'évaluation de la performance hospitalière ne peut être dissociée des cadres internationaux développés pour mesurer la performance des systèmes de santé. Ces cadres constituent des référentiels à la fois normatifs et analytiques, qui influencent les politiques publiques nationales ainsi que les pratiques managériales au niveau des établissements.

5.1. Le cadre d'évaluation de l'Organisation mondiale de la Santé :

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a proposée, dans son Rapport mondial sur la santé 2000, un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé fondé sur trois objectifs majeurs :

- ✓ **L'amélioration de l'état de santé de la population**, mesurée notamment par l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI) ;
- ✓ **La réactivité du système de santé**, renvoyant au respect de la dignité des patients, à la qualité d'accueil et à la rapidité d'accès aux soins ;
- ✓ **L'équité de la contribution financière**, visant à préserver les ménages contre les insidant financiers liées à la santé aux maladies (OMS, 2000).

Ce cadre présente l'intérêt d'intégrer des dimensions non strictement médicales, telles que l'équité et l'expérience des usagers. Toutefois, il demeure essentiellement macroéconomique et systémique, ce qui limite son opérationnalisation au niveau des établissements hospitaliers. Les indicateurs mobilisés sont peu sensibles aux pratiques managériales internes et aux processus organisationnels spécifiques aux hôpitaux.

5.2. Le cadre de l'OCDE : performance, qualité et efficience

L' OCDE « Organisation de Coopération et de Développement Économiques » a développé un cadre d'analyse de la performance des systèmes de santé centré sur quatre dimensions principales :

- ✓ l'efficience productive,
- ✓ la qualité et la sécurité des soins,
- ✓ l'équité d'accès aux services de santé,
- ✓ la durabilité financière du système (OCDE, 2004).

Ce modèle se distingue par la production d'indicateurs standardisés permettant des comparaisons internationales. Il constitue ainsi un outil de benchmarking pertinent pour l'évaluation des orientations publiques. Néanmoins, à l'instar du cadre de l'OMS, il demeure principalement orienté vers le niveau macro et ne fournit pas de leviers opérationnels suffisamment précis pour le pilotage managérial des hôpitaux, notamment dans des contextes institutionnels caractérisés par de fortes contraintes organisationnelles, comme c'est le cas au Maroc.

5.3. Le modèle PATH : Un outil opérationnel pour les hôpitaux

Face aux limites des cadres macro-systémiques, l'OMS-Europe a développé le l'outil d'évaluation de performance hospitalière (PATH), un outil conçu spécifiquement pour l'évaluation de la performance au niveau micro système à savoir au sein des établissements hospitaliers (Fernandez, 2008).

Contrairement aux approches comparatives visant le classement des hôpitaux, le modèle PATH l'auto-évaluation et l'amélioration continue. Il s'inscrit dans une perspective managériale d'aide à la prise de décision, l'apprentissage organisationnel et le pilotage stratégique.

Le modèle PATH articule la performance hospitalière autour de six dimensions interdépendantes :

Dimension	Finalité managériale	Indicateurs illustratifs
Efficacité clinique	Qualité et pertinence des soins	Taux de guérison, mortalité ajustée, respect des protocoles
Efficience	Optimisation des ressources	Durée moyenne de séjour, coût par patient, taux de réadmission

Ressources humaines	Gestion et mobilisation du capital humain	Taux d'absentéisme, rotation du personnel, formation continue
Gouvernance	Coordination et pilotage organisationnel	Délais de prise en charge, audits, coordination interservices
Sécurité	Maîtrise des risques	Événements indésirables, accidents du travail, prévention
Centrage patient	Qualité perçue et légitimité sociale	Satisfaction, communication, respect de la dignité

Le modèle PATH se distingue par son caractère pratique, évolutif et participatif. D'une part, il permet une lecture intégrée de la performance, combinant résultats cliniques, efficience économique et dimensions humaines et organisationnelles. D'autre part, il favorise une approche participative, en impliquant les professionnels de santé et les managers dans la conception et le suivi des indicateurs (Le Pogam, 2009 ; Fernandez, 2008).

Discussions : Le modèle PATH au Maroc – Pertinence, limites et voies d'adaptation

Le modèle PATH se distingue des cadres de l'OMS et de l'OCDE par son niveau d'analyse micro-organisationnel et son orientation vers l'action managériale. Alors que les cadres internationaux visent principalement l'évaluation comparative des systèmes de santé, PATH se concentre sur les processus internes des hôpitaux et sur leur capacité à améliorer durablement leur performance.

Par ailleurs, PATH présente une forte complémentarité avec les modèles issus des sciences de gestion, tels que le Balanced Scorecard ou l'EGIPSS. Il partage avec ces approches une vision multidimensionnelle de la performance, tout en proposant une structure plus adaptée aux spécificités du secteur hospitalier.

Cependant, la mise en œuvre du modèle PATH suppose l'existence de systèmes d'information solides et fiables, de compétences managériales adaptées et d'une culture organisationnelle favorable à l'évaluation. Ces conditions, rarement réunies de manière homogène dans les pays émergents,

appellent à une adaptation contextuelle du modèle plutôt qu'à une transposition standardisée.

6.1. Apports managériaux du modèle PATH dans le contexte marocain

Plusieurs éléments convergent pour soutenir l'intérêt du modèle PATH comme base de référence pour l'évaluation de la performance de hopitaux publics Marocains.

a. Adéquation avec les réformes de gouvernance publique

Depuis l'entrée en vigueur de la LOLF, le Maroc s'est progressivement engagé dans une logique de performance reposant sur une responsabilisation accrue des gestionnaires, un suivi rigoureux des résultats et la reddition des comptes. Cette démarche constitue une mise en application effective des principes de la Nouvelle Gestion Publique (NGP) au Maroc, laquelle promeut l'adoption d'outils modernisés de pilotage, la définition d'objectifs mesurables et l'évaluation systématique des performances (Hood, 1991). À ce titre, le modèle PATH apparaît comme un instrument particulièrement adapté, puisqu'il fournit un ensemble cohérent d'indicateurs permettant d'apprécier, de manière intégrée, la performance hospitalière. En couvrant des dimensions clés telles que l'efficacité clinique, l'efficacité, la gouvernance, la sécurité, la gestion des ressources humaines et l'expérience des patients, PATH contribue à opérationnaliser les exigences de la LOF en matière de gestion axée sur les résultats et soutient ainsi le pilotage stratégique des établissements de santé (A., 2021; Le Pogam et al., 2009).

b. Harmonisation avec le renouveau du financement sanitaire

La généralisation de l'Assurance Maladie Obligatoire et le remplacement du régime d'assistance subventionné RAMED (« Régime d'Assistance Médicale pour les Économiquement Démunis ») par l'AMO Tadamon ont profondément transformé les mécanismes de financement des hôpitaux publics. Ceux-ci doivent désormais assurer une part importante de leurs ressources à travers la facturation des prestations auprès de la CNSS, ce qui implique une exigence accrue en matière de justification et de traçabilité des actes réalisés. La transition vers un mode de financement fondé sur l'activité requiert ainsi un suivi rigoureux des soins délivrés, des coûts correspondants et des résultats obtenus (Fernandez, 2008).

Dans ce contexte, le modèle PATH apparaît comme un dispositif particulièrement adapté, puisqu'il met à disposition un ensemble structuré

d'indicateurs facilitant l'adoption d'une logique de production mesurable et facturable. Les dimensions relatives à l'efficacité et à l'efficacité clinique offrent notamment des outils permettant d'optimiser l'allocation des ressources, de calculer les coûts par patient et de rendre la performance plus transparente aux yeux des bailleurs et des organismes payeurs (OCDE, 2004). Par ailleurs, avec la montée en puissance de l'AMO Tadamon et le déploiement progressif d'un financement basé sur la facturation de l'activité, PATH contribue à renforcer la capacité des établissements à démontrer et à valoriser leur activité, tout en améliorant la fiabilité des données indispensables à la facturation auprès des tiers payants (CNOPS, CNSS, etc.), un enjeu majeur pour la viabilité financière du système hospitalier (Fernandez, 2008).

c. Centrage sur l'expérience patient et la qualité

Les travaux de Donabedian (1966, 1988) ont démontré que la qualité des soins résulte à la fois de la qualité de l'organisation interne des services et de l'expérience vécue par le patient. Or, au Maroc, les hôpitaux publics font régulièrement l'objet de critiques liées aux délais d'attente, aux difficultés d'orientation, à la qualité de l'accueil et à une communication souvent insuffisante entre les professionnels de santé et les usagers (rapport NMD, 2021).

Dans ce contexte, la dimension « centrage sur le patient » du modèle PATH revêt une importance particulière pour accompagner les réformes en cours. En intégrant des indicateurs relatifs à la satisfaction, à la dignité, à la continuité des soins et à l'accessibilité, PATH contribue à instaurer une culture du service conforme aux standards internationaux (OMS, 2000 ; Paris, 2012).

6.2. Limites et obstacles à une transposition directe

Malgré ces atouts, une adoption mécanique du modèle PATH serait illusoire, voire contre-productive, sans une adaptation profonde à la réalité marocaine.

a. Faiblesse des systèmes d'information hospitaliers

Le modèle PATH exige la disponibilité de données fiables, standardisées et actualisées de manière régulière. Cependant, plusieurs travaux montrent que les systèmes d'information hospitaliers marocains demeurent fortement fragmentés, avec un niveau de numérisation limité,

l'absence de codification médicale harmonisée et des capacités réduites de collecte et d'analyse de données (Zenjari, 2016, rapport NMD 2021). Ces insuffisances structurelles limitent la possibilité de mesurer plusieurs indicateurs essentiels du modèle PATH, tels que les taux de réadmission, DMS « durée moyenne de séjour » ou encore les résultats cliniques, dont l'évaluation nécessite un suivi longitudinal des patients (Alvarez, 2011). Par exemple, le calcul du « taux de réadmission à 30 jours » suppose une traçabilité du parcours du patient après sa sortie, dispositif encore largement absent dans la majorité des hôpitaux publics marocains.

b. Clivages organisationnels et culture de la performance

Le modèle suppose une collaboration étroite entre cliniciens, gestionnaires et personnel administratif. En revanche, les hôpitaux marocains sont marqués par un clivage historique entre le corps médical (autonome, hiérarchisé) et l'administration (perçue comme extérieure aux soins). De plus, la culture du reporting, de l'évaluation et du benchmark reste embryonnaire. Ce clivage entre logiques cliniques et administratives constitue un frein majeur à l'appropriation du modèle PATH, qui repose sur la participation active des professionnels à la définition et à l'interprétation des indicateurs (Guisset, 2002 ; Le Pogam et al., 2009).

Dans les hôpitaux publics marocains, l'évaluation de la performance est souvent perçue comme instruments d'inspection, de contrôle hiérarchique ou de sanction, notamment par le corps médical, historiquement attaché à une forte autonomie professionnelle.

c. Indicateurs peu contextualisés

Certains indicateurs du modèle PATH ont été conçus pour des systèmes de santé européens disposant de ressources humaines, financières et technologiques relativement abondantes. Leur application dans un contexte, comme le Maroc, marqué par des pénuries structurelles, une surcharge de patientèle et de fortes inégalités territoriales peut conduire à des biais d'interprétation (Rouhana & Teil, 2008).

Ainsi, mesurer la sécurité des soins ou la qualité clinique sans tenir compte des contraintes structurelles peut conduire à des jugements erronés sur la performance réelle des établissements.

6.3. Vers une adaptation progressive : conditions de viabilité

Plutôt qu'un rejet ou une adoption brutale du modèle PATH, une démarche progressive d'adaptation s'impose.

a. Prioriser les dimensions pertinentes

Conformément à la théorie de la contingence, qui postule l'absence de modèle universel de performance, une adaptation progressive du modèle PATH apparaît nécessaire (Sainsaulieu, 1982 ; Rouhana & Teil, 2008). Une priorisation des dimensions les plus opérationnelles — telles que l'efficience, l'efficacité clinique et le centrage patient — permettrait de limiter les résistances et d'obtenir des résultats tangibles à court terme.

b. Co-construire les indicateurs

Les travaux sur le management participatif et l'apprentissage organisationnel montrent que l'appropriation des outils de gestion dépend de l'implication des acteurs concernés (Mintzberg, 1998 ; Sicotte et al., 1998). La co-construction des indicateurs PATH avec les médecins, les cadres infirmiers et les gestionnaires constitue ainsi une condition essentielle de succès, plutôt que d'imposer un référentiel étranger.

c. Renforcer les capacités organisationnelles

la viabilité du modèle PATH dépend du développement des capacités organisationnelles des hôpitaux publics. Cela implique la formation des cadres hospitaliers au pilotage de la performance, le renforcement des équipes dédiées au contrôle de gestion et l'investissement progressif dans les systèmes d'information hospitaliers (Le Pogam et al., 2009 ; Zenjari, 2016).

Implications managériales pour la gestion hospitalière publique

L'adaptation du modèle PATH dépasse une logique purement technique. Elle engage une transformation des pratiques de management hospitalier. Le modèle peut être mobilisé comme un outil de contrôle de gestion publique, favorisant un pilotage stratégique intégrant performance clinique, efficience économique et qualité perçue par le patient.

Son adoption suppose un renforcement des compétences managériales des cadres hospitaliers, une évolution du rôle du manager vers un médiateur entre logiques cliniques et administratives, ainsi qu'une culture organisationnelle orientée vers l'apprentissage et l'amélioration continue.

Conclusion et perspectives

La performance hospitalière constitue une construction organisationnelle complexe qui ne peut être réduite à une logique financière. L'analyse des modèles existants montre que les approches intégrées sont les plus adaptés à la réalité complexe des organisations plutôt que les modèles unidimensionnels qui, malgré leur pertinence, échouent à capturer la réalité pluridimensionnelle des établissements de santé.

Le modèle PATH se distingue par son caractère opérationnel, évolutif et orienté vers l'amélioration continue. Toutefois, son application dans le contexte marocain nécessite une adaptation progressive, tenant compte des capacités organisationnelles, de la maturité des systèmes d'information et la diversité culturelles des professionnelles.

Sur le plan des sciences de gestion, le modèle PATH peut constituer un levier stratégique de modernisation du pilotage de performance dans les hôpitaux publics et contribuer à l'émergence d'une culture de performance créatrice de valeur publique.

Si son application directe au Maroc semble prématurée, une adaptation progressive s'impose autour de trois axes principaux :

1. **Renforcement des capacités :** Former les gestionnaires et les cadres médicaux à la mesure et le pilotage de la performance medico-économique.
2. **Développement des systèmes d'information intégrés :** Moderniser d'outils de la collecte, le traitement et l'analyse et la diffusion des données.
3. **Appropriation managériale et organisationnelle :** instaurer une gouvernance participative de la performance, impliquant les professionnels de santé dans la définition, l'interprétation et l'utilisation des indicateurs.

Ces orientations rejoignent les orientations stratégiques de la réforme du système de santé marocain, telle qu'énoncée dans la loi-cadre 06.22 portant sur le système national de santé. Dans long terme, cette dynamique pourrait contribuer à l'ancrer d'une véritable culture du pilotage par les résultats au sein des hôpitaux publics au Maroc.

Perspectives de recherche

Plusieurs pistes peuvent être envisagées pour approfondir l'adaptation du modèle PATH au contexte marocain :

- ✓ Mener une étude qualitative de terrain à travers des entretiens avec les décideurs, gestionnaires et professionnels de santé, afin de comprendre les représentations et attentes liées à la performance.
- ✓ Recourir à une analyse Delphi pour construire et valider un ensemble d'indicateurs PATH spécifiquement adaptés au contexte national.
- ✓ Réaliser une comparaison triangulée entre les hôpitaux publics, privés et associatifs afin d'identifier les convergences, les divergences et les bonnes pratiques transférables.

En conclusion, La performance hospitalière ne saurait être envisagée comme une finalité en soi. Elle s'inscrit plutôt dans un processus dynamique d'apprentissage, de régulation et d'ajustement, qui nécessite des outils adaptés mais aussi une appropriation réelle par les acteurs. À cet égard, le modèle PATH peut contribuer à structurer ce processus, à condition d'être progressivement contextualisé et collectivement porté au sein du système de santé marocain.

Bibliographie:

Champagne, F., et al. (2005). Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de santé : Le modèle EGIPSS. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.

Commission spéciale sur le Modèle de Développement. (2021). Le Nouveau Modèle de Développement du Maroc.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44(3), 166–206. <https://doi.org/10.2307/3348969>

Donabedian, A. (1985). The Epidemiology of Quality. Inquiry, 22(3), 282–292. <http://www.jstor.org/stable/29771725>

- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? JAMA, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Groene, O., et al. (2008). The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): An Analysis of the Pilot Implementation in 37 Hospitals. International Journal for Quality in Health Care, 20(3), 155–161. <http://www.jstor.org/stable/45127357>
- Hamdaoui Mohammed (2023). Analyse de la performance hospitalière par l'étude des parcours de soins. Automatique. Université de Bordeaux, France.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? Public Administration, 69(1), 3–19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- Iaffaldano, M. T., & Muchinsky, P. M. (1985). Job satisfaction and job performance: A meta analysis. Psychological Bulletin, 97(2), 251–273. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.97.2.251>
- K. EL OUAHMANI, T. KASBAOUI (2024) L'impact de la nouvelle réforme du système de santé sur le financement de l'hôpital public au Maroc : Quel rôle pour le contrôle interne, Journal of Strategic and Military Studies, volume N° 6 , issue 22, 314-340
- Lamalle, A., & Lafram, N. (2021). La gestion axée sur les résultats dans l'administration publique marocaine : Quel apport ? Revue Internationale du Chercheur, 2(3), 1680–1693.
- Le Pogam, M.-A., Luangsay-Catelin, C., & Notebaert, J.-F. (2009). La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent. Management & Avenir, 25(5), 116–134. <https://doi.org/10.3917/mav.025.0116>
- Magnussen, J. (1996). Efficiency measurement and the operationalization of hospital quality. Health Services Research, 31(1), 43–56.
- Mintzberg, H. (1998). Structure et dynamique des organisations. Éditions d'Organisation.
- Mohamed Said Raihani (2023), Flash Fiction in Morocco: Pioneering Pens & Translated Samples, Ibn Khaldoun Journal for Studies and Research, Volume 1, Issue 2, 924

Murray, C. J., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717-731. <https://iris.who.int/handle/10665/268164>

OCDE. (2004). *Measuring Up: Improving Health System Performance in OECD Countries*. OECD Publishing.

Organisation mondiale de la Santé. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*. <https://iris.who.int/handle/10665/42282>

Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Performance assessment tool for quality improvement in hospitals (PATH)*. WHO Regional Office for Europe.

Oulahiane, R., & El Menzhi, K. (2025). *Performance Hospitalière : une synthèse théorique des approches et cadres conceptuels*. *Revue Française d'Economie et de Gestion*, 6(6).

Paris, V. (2012). *Les performances comparées des systèmes de santé*. *Les Tribunes de la santé*, 1(34), 43–49.

Perry, J. L., & Wise, L. R. (1990). The Motivational Bases of Public Service. *Public Administration Review*, 50(3), 367–373. <https://doi.org/10.2307/976618>

Rouhana, R., & Van Caillie, D. (2008). *L'évolution du design des systèmes de pilotage de la performance dans les hôpitaux : une quête permanente de l'efficacité organisationnelle*. Dans *Actes du 29ème Congrès de l'AFC*.

Sainsaulieu, R. (1998). *L'identité au travail*. Presses de Sciences Po.

Sicotte, C., et al. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Services Management Research*, 11(1), 24–41. <https://doi.org/10.1177/095148489801100106>

Teil, A. (2002). *Défi de la performance et vision partagée des acteurs : Application à la gestion hospitalière [Thèse de doctorat]*. Université Lumière Lyon 2.

Zenjari, A. (2016). *La performance hospitalière : quelle représentation par les acteurs internes?: cas des hôpitaux publics de la Région Marrakech*. *Revue D'Etudes en Management et Finance D'Organisation*, N°4 Décembre 2016