



HAL
open science

Quelle démarche de pilotage logistique dans les activités de service ? Le cas des flux de patients à l'hôpital

Claude Fiore, Nathalie Sampieri-Teissier

► To cite this version:

Claude Fiore, Nathalie Sampieri-Teissier. Quelle démarche de pilotage logistique dans les activités de service ? Le cas des flux de patients à l'hôpital. 8èmes Rencontres Internationales de Recherche en Logistique (RIRL), BEM Bordeaux Management School, Sep 2010, Bordeaux, France. hal-01356478

HAL Id: hal-01356478

<https://hal.science/hal-01356478>

Submitted on 25 Aug 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



RIRL 2010
The 8th International Conference on Logistics and SCM Research
BEM Bordeaux Management School
September 29, 30 and October 1st 2010



Quelle démarche de pilotage logistique dans les activités de service ? Le cas des flux de patients à l'hôpital

Claude Fiore

Université de la Méditerranée – CRET-LOG – IUT d'Aix en Provence - France
(claude.fiore@univmed.fr)

Nathalie Sampieri-Teissier

Université de la Méditerranée – CRET-LOG – IUT d'Aix en Provence - France
(nathalie.teissier@univmed.fr)

Résumé

Le pilotage des flux logistiques dans les activités de service va au-delà des flux physiques traditionnels, il s'intéresse également aux flux de clients. Cette logistique dite de service est pourtant un vecteur puissant de pilotage et d'amélioration de la performance opérationnelle au service de la stratégie des organisations. A travers l'exemple de la gestion d'un bloc opératoire dans un hôpital, comme modèle constitutif de la performance hospitalière, les auteurs proposent une démarche de construction du pilotage des flux de clients depuis les théories de la valeur, en passant par le pilotage des processus, grâce à la construction de chaînes causales de performance et à l'identification d'indicateurs de performance.

Mots clés : logistique de service, pilotage, performance, management hospitalier, processus, création de valeur, chaînes causales.

INTRODUCTION

La logistique dans les activités de service s'applique à deux grands types de flux : des flux classiques, que l'on retrouve dans l'industrie qui sont des flux physiques de biens (matières premières, produits finis...), et des flux de clients (Mathe, 1997). Peu de travaux en gestion s'intéressent aux flux de clients selon une perspective purement logistique, si ce n'est en lien avec des problématiques de Yield Management (qui reposent sur un équilibre de la demande grâce à la variable prix), ou dans une optique de recherche opérationnelle (voir par exemple les travaux du LIMOS, Clermont-Ferrand). Notre contribution s'inscrit dans les travaux de Mathe (1997) développant une réflexion logistique propre aux flux de clients. L'auteur distingue une logistique traditionnelle dans les services (qui porte sur des flux physiques classiques, comme dans l'industrie) d'une logistique dite de service (qui s'intéresse au pilotage des flux de clients). Cela renvoie en partie à ce que Lovelock et al. (2004) nomment l'équilibre entre la charge et la capacité ou encore ce que Vogler (2004) qualifie de gestion des opérations.

L'objectif de cet article est précisément de proposer une démarche de construction du pilotage des flux de clients, au service de l'amélioration de la performance logistique.

Pour cela, notre réflexion prend ancrage dans la théorie de la valeur, qui précise notamment la notion de valeur clients. Cette valeur est reliée à des perspectives logistiques qu'il nous semble important d'explorer, au travers du prisme du flux de clients. Autrement dit, le client est à la fois le bénéficiaire de la valeur créée par l'organisation et également le support du processus de la création de valeur. Afin de comprendre l'articulation du processus de pilotage des flux de clients et la valeur créée pour ce client, nous mobiliserons les chaînes causales de performance (Kaplan et Norton, 2003).

Cela aura pour conséquence de montrer le lien existant entre pilotage stratégique et pilotage opérationnel des processus logistiques (pour les flux de clients).

Pour cela, nous baserons notre réflexion sur un contexte organisationnel « exemplaire » en matière de logistique de service : l'hôpital. Le choix de ce terrain se justifie à deux niveaux. Tout d'abord la participation et la place du patient dans l'organisation révèlent des problématiques logistiques particulières (Sampieri, 2000), qui nécessitent une remise en question des processus existants et un pilotage des performances au moyen d'indicateurs transverses, intra, voir inter-organisationnels (voir par exemple les travaux sur le concept de chemins cliniques, Reynaud, 2003). Ensuite, l'hôpital est aujourd'hui traversé par une vague de changements importants qui portent notamment sur des restructurations profondes et une

modification radicale de son mode de gouvernance, et du pilotage des ses activités opérationnelles (Ordonnances n°2005-406 du 2 mai 2005, Loi HPST, juillet 2009). Notre démarche est issue d'une confrontation entre une action de formation sur le terrain hospitalier depuis environ un an avec un ensemble de recherches développées depuis de nombreuses années par les deux auteurs, d'une part dans le domaine de la logistique et du contrôle de gestion appliqués aux secteurs de l'industrie et de la grande distribution, d'autre part dans le secteur de la santé selon des angles logistique, organisationnels et de gestion des ressources humaines. La méthodologie mobilisée repose avant tout sur une approche empirique. Les auteurs ont été impliqués dans un dispositif de formation à destination des responsables de pôles (médecins, soignants et administratifs) suite à la mise en place des pôles. Les auteurs ont créé une formation au pilotage des pôles d'une durée de 1 an en 2009-2010 pour un centre hospitalier de 540 lits et places. L'objectif était essentiellement un apport méthodologique dans la construction d'indicateurs et de tableaux de bord opérationnels. Parallèlement à cette approche du terrain, une recherche sur les principaux sites officiels a été développée en particulier : creer-hopitaux.fr (collaboration, ressources, échanges d'expériences en réseau), site officiel du ministère de la santé de la jeunesse et des sports ; la FHF (Fédération Hospitalière de France) qui réunit plus de mille établissements publics de santé et autant de structures médico-sociales ; la MEAH (mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier) rattachée au Ministère de la santé (DHOS), pour aider les établissements de santé publics et privés à améliorer leur organisation. Ont également été exploitées des recherches sur les mémoires de fin d'étude de l'EHESP, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (ex-ENSP), ainsi qu'un certain nombre de communications faites par des établissements de santé sur le pilotage des pôles et les tableaux de bord (en particulier l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, le CHU de Strasbourg ou le CH de Sedan). Cette recherche a été complétée par une recherche systématique dans la revue *Gestions Hospitalières* depuis mars 2006. Il s'agit donc d'un travail exploratoire associé à une méthode de nature interprétativiste. Ce positionnement implique pour le chercheur de se positionner en interprète du terrain étudié. De ce fait, la nature de la connaissance produite est subjective et contextuelle. A l'instar de ce qu'écrivent M. Girod-Seville et V. Perret, les auteurs considèrent que la réalité, dépendante de l'observateur, est « appréhendée par l'action du sujet qui l'expérimente ». Ce positionnement permet la compréhension d'un phénomène « de l'intérieur » et la production de connaissances grâce à une immersion dans le contexte étudié. Selon A. Mbengue et I. Vandargeon-Derumez,

le chercheur, par son interprétation des données, se fait une représentation, la plus proche possible de la façon dont les acteurs perçoivent eux-mêmes la réalité.

Afin d'illustrer notre cadre empirique, nous concentrerons nos propos sur une thématique chère aux hôpitaux : l'organisation du bloc opératoire, comme modèle constitutif (Lemoigne, 2002 et 2003) du pilotage des performances hospitalières. Tous les patients qui transitent dans un hôpital ne subissent pas forcément d'intervention chirurgicale ; toutefois, l'organisation du bloc a des impacts directs sur l'utilisation des biens qui sont mutualisés au sein de l'établissement ou partagés à l'intérieur d'un service (les laboratoires, la radiologie, les lits,...). . Le bloc opératoire est alors un lieu central de l'organisation hospitalière.

La première partie de cette contribution sera consacrée au contexte organisationnel au cœur de ce papier. Il conviendra ensuite de proposer un cadre conceptuel visant à piloter la performance logistique. Enfin, il s'agira d'appliquer ce cadre construit à l'objet empirique.

1. L'HOPITAL PUBLIC, UN CONTEXTE « MILLE-FEUILLE »

Nous allons présenter dans un premier temps le contexte hospitalier, en mettant en évidence les principales modifications des modes de gouvernance (qui ont une influence sur le pilotage de la performance), puis nous exposerons les principales caractéristiques opérationnelles qui guident le pilotage logistique dans cette organisation.

1.1. L'hôpital en mouvement

Après l'amélioration de la qualité des soins et la réduction des coûts (lois de juillet 1991, ordonnances d'avril 1996), l'Etat français souhaite marquer une nouvelle page importante dans la restructuration globale des hôpitaux avec le plan Hôpital 2007, en s'attaquant à la structure même des établissements, unanimement considérée comme trop cloisonnée, et à leur système de gestion. Est ainsi introduite la nouvelle gouvernance, en particulier le volet sur les pôles d'activités, qui cherche à lutter contre les rigidités et les cloisonnements. Le principe mis en avant est de réaménager les établissements autour de grands pôles d'activités médicales, regroupement de plusieurs services de soins. A ce changement succède en 2009, la loi HPST (2009) qui contribue elle aussi à moderniser et restructurer les établissements de santé.

Le plan Hôpital 2007, plus particulièrement l'ordonnance du 2 mai 2005, tente d'apporter une réorganisation des modes de décision au sein des hôpitaux. « (...) elle cherche à rapprocher

les soignants, les médecins et les administratifs. Elle vise deux objectifs essentiels : dynamiser et responsabiliser les équipes en luttant contre les rigidités et les cloisonnements, et médicaliser la gestion de l'hôpital en associant les médecins, les praticiens à la gestion des grandes orientations »¹, notamment grâce à la T2A, ou tarification à l'activité².

Le changement attendu de structure s'accompagne d'une évolution du système de gestion via une « déconcentration » reposant sur la contractualisation interne et la délégation de gestion.

Cette dernière « suppose l'élaboration de tableaux de bord intégrant les données médico-économiques (management, flux d'activité) et des données relatives à la qualité des soins (satisfaction des usagers, évaluation des pratiques professionnelles, etc.) permettant au responsable du pôle de disposer des données objectives sur son fonctionnement et vérifier le respect des objectifs contractuellement consentis. » (DHOS, 2006). Concrètement, il s'agit d'accorder aux pôles l'autonomie nécessaire à l'utilisation des ressources financières préalablement définies.

Les changements de pilotage ne s'arrêtent pas aux frontières de l'hôpital. Celui-ci doit également évoluer en tenant compte d'un contexte concurrentiel (en partie administré), d'un ensemble de partenaires plus ou moins contraignants, représentant plus ou moins d'opportunités ou de menaces (les instances de tutelles, d'autres hôpitaux publics ou privés, des sous-traitants,...).

Nous limiterons notre recherche à une vision interne du pilotage logistique hospitalier. Il est toutefois important de comprendre la perméabilité des frontières de l'hôpital, en particulier lorsqu'il s'agit de piloter le flux d'un patient pour lequel l'hôpital n'est qu'un passage dans une trajectoire plus globale. De plus, les tutelles interviennent directement dans le pilotage de l'hôpital, soit par l'intermédiaire des autorisations (ou pas) de développer telle ou telle activité, soit en développant de nouvelles normes de pratiques professionnelles, pour ne citer que deux exemples.

En définitive, on assiste à une véritable révolution du *pilotage* des activités dans l'hôpital. On entend par pilotage, le fait de conduire, diriger, gouverner, mener ; fixer des objectifs et contrôler leurs résultats afin de corriger les moyens engagés au regard des ressources existantes. Nous adoptons, à l'instar de Lorino (1997) ou d'Avenier (1997) une vision *renovée* du pilotage stratégique qui fait le lien entre les différents niveaux de décision de

¹ www.reformes-hospitalieres.com

² La T2A remplace le système de Dotation Globale où les budgets alloués aux établissements étaient reconduits d'année en année par rapport au budget de l'année précédente. Ce sont désormais les activités de l'hôpital qui

l'entreprise, stratégique, tactique et opérationnel : « *Piloter, c'est déployer la stratégie en règles d'actions opérationnelles* » (Lorino, 1997).

En cherchant à intégrer les praticiens (médecins et soignants) à la gestion de l'hôpital, en leur attribuant plus d'autonomie, plus de responsabilité, la réforme se rapproche de cette nouvelle vision du pilotage, où les acteurs opérationnels contribuent à la mise en acte de la stratégie (Giordano, 1997). Ainsi, les directeurs fonctionnels administratifs ne sont plus considérés comme les seuls acteurs de la gestion d'un hôpital, mais les médecins, les soignants, participent également au pilotage de la performance, et doivent construire des outils de pilotage leur permettant à la fois d'évaluer a posteriori leurs résultats, mais également d'évaluer leurs processus, au service de la stratégie de l'établissement, de la politique des instances de tutelles, et de leur propre unité organisationnelle. Le rôle de ces *middle managers* (voir à ce sujet Autissier et Vandangeon-Derumez, 2007) s'en trouve ainsi profondément modifié, alors même qu'ils ont peu ou pas de connaissance ou pratique de la gestion. **Notre démarche empirique de pilotage s'ancre dans cette perspective opérationnelle, contrainte (ou portée) par des orientations stratégiques (voir politiques).**

A la complexité du contexte, s'ajoutent les particularismes liés à la logistique dans les services.

1.2. L'hôpital, quel contexte de pilotage opérationnel ?

Avant d'exposer la démarche de pilotage des flux de patients, il est en effet important d'analyser en quoi les spécificités propres à l'hôpital peuvent conditionner l'organisation de la production des services dans cette organisation.

Selon les travaux de Bancel-Charensol et Jougleux (1997), l'hôpital s'inscrit dans un système de production « *technique et relationnel* », ce qui se traduit par deux conséquences importantes pour le pilotage des flux : la cible du service (ce sur quoi porte le service) est humaine, et cette cible est co-productrice du service (Sampieri, 2000).

Le service hospitalier porte directement sur la « transformation » d'une personne, de malade en prise en charge, de malade en guérie... Ce caractère humain de la cible introduit des facteurs d'incertitude importants, qui s'expliquent par le fait que « la cible est intrinsèquement hétérogène » [Bancel-Charensol et Jougleux, 1997]. Ainsi que l'écrit Gadrey (1996) à propos des services « *obtenir de clients (...) des normes comportementales*

déterminent directement ses ressources. Les recettes vont ainsi correspondre à une approche médicalisée de l'activité. La T2A place ainsi le contrôle de gestion au cœur des outils opérationnels de l'hôpital.

prévisibles est pratiquement impossible. Ces « participants » à la production, faiblement encadrés, introduisent des incertitudes fortes sur les processus, sur leurs résultats et sur leur qualité. Chacun revendique le droit de se comporter comme une exception ». Afin de réduire cette incertitude, on cherche à améliorer les modes d'examens de la cible. Cependant, le risque réside dans le fait de vouloir intégrer tous les cas particuliers dans le système de production et de distribution, ce qui complexifie à outrance le pilotage global de l'activité. Ce phénomène est classique à l'hôpital et a pu être observé, à de multiples reprises dans les interventions des auteurs sur ce secteur d'activité. Même lorsqu'il est possible de stabiliser et de standardiser certains modes opératoires, notamment pour des tâches de back office, tout se passe comme si l'exception et l'urgence primaient (Sampieri, 2000). Ainsi que le souligne Minvielle (1996) **le processus de prise en charge médicale se caractérise par un fort degré d'incertitude dans son déroulement** puisqu'il « *n'existe pas dans le cas de la prise en charge des patients hospitalisés, de convergence vers un seul type de processus* », ou encore « *il n'existe pas un mode de circulation homogène du processus sur une même ligne. Ici, les processus se déroulent sans ordre de passage préétabli, ni véritablement d'étapes prédéterminées* ». En revanche, la standardisation des modes opératoires est largement employée pour tous les actes techniques, sous la forme de protocoles médicaux et de protocoles de soins.

De plus, à la différence de l'industrie, le client est mobilisable en tant que ressource, puisqu'il réalise une partie de l'activité de service. Ce « *patient – usager – client apparaît à ce niveau comme un bénéficiaire actif : (...) il agit directement et indirectement, sur le fonctionnement des organisations publiques, au point même d'en être dans certains cas le co-producteur ou le coprestataire* » (Sampieri-Teissier et Sauviat, 2002). Il devient donc **co-producteur** du service [Toffler (1988) parle de *pro-summer*], et il peut perturber en ce sens les systèmes de pilotage mis en place pour stabiliser l'organisation.

Le patient est donc un flux spécifique, à la fois objet de la structuration des processus, créateur et évaluateur de la valeur produite.

2. PROPOSITION D'UN CADRE CONCEPTUEL DE PILOTAGE DE LA PERFORMANCE LOGISTIQUE

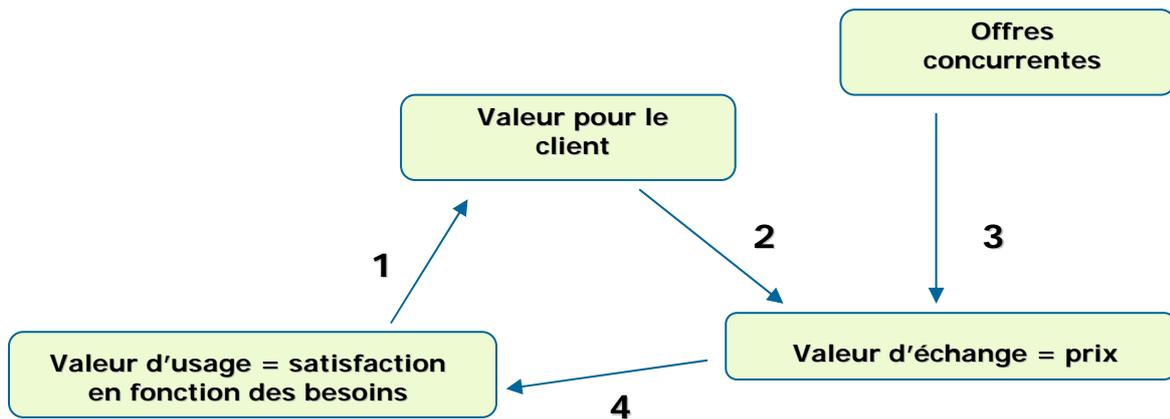
Le contexte de pilotage organisationnel et de gestion des flux logistiques de patients étant posés, il convient à présent de présenter le cadre conceptuel de construction de pilotage de la performance logistique (pour les flux de clients).

2.1. Retour sur le concept de valeur

La valeur est un concept fortement mobilisé dans les Sciences de Gestion (Malleret, 2009). Charreaux (1997) distingue : la valeur actionnariale, qui privilégie la création de valeur pour l'actionnaire (*Shareholder Value*), de la valeur partenariale, qui valorise la création de valeur pour l'ensemble des partenaires (*Stakeholder Value*). De nombreux travaux en marketing apportent un éclairage intéressant sur ce concept de valeur, en particulier Aurier et al. (2004) qui proposent la définition suivante : « *La valeur globale d'un produit (...) est définie comme l'évaluation globale de l'utilité d'un produit fondée sur les perceptions de ce qui est reçu et donné ou comme le rapport entre les bénéfices et les sacrifices perçus* ».

En ce sens, le processus de création de la valeur peut être représenté par le schéma ci-dessous.

Schéma n°1 - Le processus de création de la valeur



Source : *Elaboration personnelle, à partir de Malleret (2009).*

Les services rendus par une prestation déterminent en grande partie la valeur d'échange ou prix de cette prestation, qui peut toutefois être reconsidérée par une offre concurrente. Autrement dit, le rapport qualité prix constitue le pivot du pilotage de la valeur dans un contexte d'offre de prestations.

Ce pivot peut être décomposé en plusieurs éléments :

- ❑ Les attributs de la qualité du service rendu (Malleret, 2009), gage d'une performance clients dans le cadre d'une offre de prestations.
- ❑ Les coûts générés par la création des fonctionnalités matérialisant la prestation rendue, gage d'une performance financière.

- ❑ L'articulation entre le niveau de qualité rendu et la variation des coûts générée par cette offre.

La question, au cœur de cette communication, consiste à poser les jalons du pilotage de la valeur dans un contexte de management de services, à savoir :

- ❑ Identifier les inducteurs d'une performance en termes de qualité de service dans une perspective logistique.
- ❑ Mesurer l'impact de ces inducteurs sur la performance financière en termes de variations des coûts.

Ainsi, plus encore que dans l'industrie, le management de la valeur des services reposera sur l'identification d'un ensemble d'éléments allant bien au-delà du cœur de service (ou de la *fleur de service*, chère à Lovelock et al. 2004), qui prendront la forme d'attributs de la valeur, chaque attribut contribuant à satisfaire les besoins du client (Lorino, 1995, parle de fonctionnalités). Une fois cette valeur identifiée, il s'agit de s'intéresser aux processus clé qui peuvent y contribuer.

2.2. Valeurs, coûts et processus

Ce système de valeurs se mobilise et se crée par et au travers des différents processus de l'organisation. [*« La valeur se crée par agencement en réseau d'une multiplicité de processus »* (Lorino, 1995)]. Une fois la valeur identifiée, notamment au travers des objectifs stratégiques de l'établissement, il s'agit de cibler les processus contribuant le plus à la création de la valeur. *« Un processus n'est pas un produit ou un service en tant que tel, ce n'est pas non plus une simple série de tâches ou d'actions. Il rend toujours compte d'une succession de fonctions et/ou d'opérations [ou d'activités] reliées entre elles au sein d'une chaîne finalisée. »* (Lorino, 1997, voir aussi Cattani et alii, 2008 et Brandenburg et Wojtyna, 2008). Une activité est *« un ensemble de tâches élémentaires : réalisées par un individu ou par un groupe, faisant appel à un savoir-faire spécifique, homogènes du point de vue de leurs comportements de coût et de performance, permettant de fournir un output, à un client interne ou externe, à partir d'un panier d'inputs : des « faires » »* (Lorino). Nous nous intéresserons au processus de prise en charge d'un patient au bloc opératoire.

2.3. Valeur et logistique

La spécificité de la *logistique de service* associée aux flux de clients (ici des patients) repose sur deux caractéristiques propres aux activités de service.

La **participation du client à la production** du service nécessite de piloter, orienter des trajectoires de clients, tant pour l'utilisation optimale des capacités, que pour l'atteinte d'un niveau de qualité de prestation pour le client.

La **concomitance de la production et de la consommation** du service, nécessite un arbitrage permanent entre une sous-utilisation des capacités, c'est-à-dire le personnel, le matériel... (ce qui représente un coût important mais permet de satisfaire la demande) et un mécontentement des clients dû aux files d'attente interminables, voire à une perte définitive de ces clients.

Les objectifs de la logistique de service sont donc d'une part d'améliorer le niveau de service à la clientèle : **disponibilité, fiabilité et rapidité** (Bowersox et al., 1993), et d'autre part de piloter au mieux la **capacité des services** (optimiser l'utilisation des capacités, voir Lovelock et al. 2004). Les arbitrages qui en découlent sont liés, selon nous, aux objectifs stratégiques que se fixe une organisation. L'une des difficultés réside dans la mobilisation d'outils de pilotage de ces flux physiques spécifiques qui permettent à la fois d'intégrer les problématiques stratégiques des dirigeants de l'entreprise, mais aussi les questionnements opérationnels que se posent les managers de proximité. Associer l'approche par les processus aux chaînes causales de performances permet de faire le lien entre pilotage opérationnel et pilotage stratégique.

2.4. Les chaînes causales de performance, comme cadre général

Le principe d'une chaîne causale (Kaplan et Norton, 2003) consiste à identifier les inducteurs des performances, autrement dit les paramètres altérant les niveaux cibles de manière à anticiper sur les variations de quelque nature que ce soit. Il s'agit de passer d'une mesure ex post à une mesure ex ante des performances.

A partir de leur théorie sur le Balanced Score Card ou tableau de bord prospectif, Kaplan et Norton ont pour la première fois fait émerger le concept de chaîne causale des performances. En effet, ces deux auteurs ont élaboré un modèle de pilotage stratégique structuré autour de quatre processus :

- ❑ Le processus clients.
- ❑ Le processus d'apprentissage organisationnel.
- ❑ Les processus internes (production, R & D...).
- ❑ Le processus financier.

Le pilotage des performances prend alors la forme d'une chaîne causale, visant à améliorer les performances d'une organisation, au moyen de la mise en place d'interrelations entre les quatre types de processus identifiés.

La chaîne causale des performances se décompose en trois niveaux :

- ❑ Le niveau de la performance cible qu'elle soit financière ou pas.
- ❑ Le niveau des indicateurs d'efficacité mesurant la capacité d'une organisation à atteindre l'objectif de performance cible.
- ❑ Le niveau des inducteurs de performances mesurant le potentiel d'amélioration de la productivité d'une organisation, notamment au moyen d'une moindre mobilisation des ressources utilisées en vue de l'atteinte de la performance cible.

Chacun des inducteurs de performances peut générer des altérations plus ou moins fortes par rapport aux cibles de performances définies par indicateur. C'est donc bien à partir de ces inducteurs de performances qu'il est possible de stabiliser les différents indicateurs, mesurant notamment les critères de valeur clients et organisation, puis d'arbitrer entre leurs niveaux afin de piloter le volume d'activité d'une organisation. Nous présenterons dans la troisième partie la chaîne causale des performances du bloc opératoire, cas applicatif de ce modèle général.

3. LE PILOTAGE DES PROCESSUS : LE CAS DES BLOCS OPERATOIRES

3.1. Le management de la valeur à l'hôpital

Pour un patient pris en charge à l'hôpital, la valeur créée ne portera pas forcément sur le seul service médical mais bien sur l'ensemble du processus de prise en charge (voir à titre d'exemple l'échelle de mesure mise en place par le ministère Compaqh, coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière), d'autant que le patient est dans une situation d'asymétrie d'informations qui ne lui permet pas toujours d'être à même d'évaluer la qualité du service médical rendu. Les éléments logistiques sont alors essentiels à sa satisfaction : fréquence, disponibilité, délai, fiabilité...

La valeur pour le patient :

La difficulté d'appréciation et de production de la valeur du service hospitalier est liée au fait que le service est intangible, immatériel. Il est donc impossible de s'assurer que le service offert a priori par l'hôpital (la plupart du temps par le chirurgien en consultation) correspondra à ce que le patient attend. De plus, l'évaluation est à la fois cognitive et affective

et porte sur trois types d'attributs : d'examen (d'évidence physique, tangible) ; d'expérience ; de croyance (Zeithaml, 1981).

L'une des difficultés dans le management de cette valeur est que, ce que le patient reçoit (le bénéfice), ne correspond pas toujours à ce que l'organisation lui offre, sans que les membres de celle-ci en aient conscience. Cette difficulté est d'ailleurs accentuée par la pluralité des attributs de la valeur ; l'évaluation faite par le patient allant bien au-delà de la « *fleur de service* ». Ainsi que le disaient certains participants à la formation dans laquelle sont impliqués les deux auteurs « *on a souvent l'impression, en tant que professionnel que l'essentiel est de faire correctement son travail, que les dysfonctionnements sont inévitables et que le patient sait où est l'essentiel : être bien soigné. Or des dysfonctionnements basiques : attente d'un résultat, délai à la radio, rupture d'un médicament..., sont autant d'éléments d'insatisfaction* » [propos d'un médecin en novembre 2010].

Si l'on se limite à une vision logistique de la valeur créée dans le cadre d'un bloc opératoire, On peut rapprocher la valeur apportée au patient des trois éléments pré-cités en référence à Bowersox et al. (1993) : **disponibilité, fiabilité et rapidité.**

La disponibilité correspond au fait que le patient en tant que flux sera mis à disposition des équipes de chirurgie au bon moment, quand les équipes sont effectivement disponibles, pour éviter des délais d'attente trop importants (des équipes et des patients). La disponibilité renvoie également à un accès à la salle de bloc dans un délai raisonnable.

La fiabilité correspond à l'identification précise du patient et de sa pathologie, ce qui permet de rassurer le malade lors de sa prise en charge au bloc. Elle renvoie également à une fiabilité de l'organisation qui permet de respecter le programme opératoire (grâce à l'identification de temps standards) et évite des temps de dépassement de programme trop important (et donc, là encore de rassurer le patient).

La rapidité repose sur une convergence des deux éléments précédents : rapidité d'accès au service de bloc, notamment en cas d'urgence, et fiabilité des temps opératoires.

La logistique de service est donc un élément important constitutif de la valeur créée pour le patient en particulier au sein du bloc opératoire. En effet, le bloc est une ressource mutualisée entre plusieurs acteurs, plusieurs métiers, plusieurs services, qui accueille des flux de patients à la fois urgents et programmés. De son pilotage dépend donc la satisfaction du patient, qui au-delà du fait que l'opération se passe bien, sera particulièrement attentif aux retards pris durant sa prise en charge, qui sont autant de facteurs aggravant sa situation de stress.

Même si la valeur créée pour le patient a un impact sur sa fidélité à l'établissement de soins, la création de valeur pour l'hôpital ne se résume pas à la satisfaction du patient.

Pour l'hôpital, la notion de valeur renvoie à trois thématiques principales : l'équilibre financier, l'obtention ou la production de ressources supplémentaires et l'amélioration de l'image de marque (compétence, sérieux, excellence, meilleure prise en charge du patient...). L'identification des dimensions de la valeur pour l'institution aura des répercussions sur ses objectifs stratégiques, mais également sur le pilotage opérationnel des flux de patients.

Identifier les activités créatrices de valeur pour l'hôpital consiste à surveiller en particulier trois éléments : **le tarif** de chaque groupe homogène de séjour (en fonction d'une pathologie précise, l'hôpital ne percevra pas les mêmes sommes, les mêmes ressources de l'assurance maladie), l'utilisation, la consommation des ressources (financières, humaines, matérielles) c'est-à-dire l'ensemble **des coûts** et enfin, l'activité / le flux patient (le nombre de patients, autrement dit **le volume de l'activité**). Le volume d'activité a une importance capitale à l'hôpital : au-delà des ressources financières qu'il représente, il conditionne l'atteinte de seuils, qui déclenchent (ou arrêtent) l'autorisation d'exercer certaines activités, d'acheter tel ou tel investissement (une IRM, par exemple).

Le pilotage du processus de prise en charge d'un patient au niveau du bloc opératoire pourra ainsi contribuer aux objectifs stratégiques d'un établissement, à la valeur pour l'institution de plusieurs façons : en augmentant l'activité du bloc opératoire (effet volume), en optimisant l'utilisation du bloc (dégager des ressources, améliorer l'efficacité et améliorer la satisfaction des patients par une plus grande fiabilité des programmes opératoires), en identifiant et en permettant l'accueil de pathologies lucratives.

La valeur liée aux activités supports est également un élément important à l'hôpital. Elles n'apportent pas une valeur directe aux patients, mais elles sont nécessaires au bon fonctionnement des processus : la prise de rendez-vous, l'admission, la maintenance, la pharmacie, la comptabilité,.... Par exemple, le circuit de facturation aura un impact important sur le besoin en fond de roulement de l'hôpital, à son équilibre financier, tant sur la vitesse avec laquelle on pourra gérer l'information, mais également la fiabilité de l'information (si l'on oublie de quoter des actes réalisés au bénéfice du patient, cela génère des coûts sans compensation de recette).

Enfin les activités sans valeur ajoutée pour les patients et l'hôpital ; elles correspondent soit à des activités qui n'apportent aucune valeur au client ou à l'hôpital, soit à des activités qui contribuent à leur *satisfaction* mais qui sont causées par des dysfonctionnements des processus (doublons d'examens de diagnostic, pertes de dossiers, relance pour les impayés...).

Nous avons pu observer, lors de nos recherches, un arbitrage permanent entre le pilotage des critères générant de la valeur pour les patients et ceux générant de la valeur pour l'hôpital :

- Les critères logistiques générateurs de valeur patients sont, la disponibilité des équipes techniques et médicales, la fiabilité de l'organisation et la rapidité d'intervention (cela correspond au niveau opérationnel).
- Les critères générateurs de valeur pour l'hôpital sont le tarif de chaque groupe homogène de séjour, l'ensemble des ressources mobilisées et le volume de l'activité d'un service ou d'un pôle en nombre de patients et en nombre d'actes (cela correspond au niveau stratégique).

Si l'on considère que les tarifs des groupes homogènes de séjour et le niveau des coûts, essentiellement la masse salariale, constituent en grande partie des contraintes environnementales¹ pour l'hôpital, en conséquence la marge de manœuvre (Herriau, 1999) pour les responsables hospitaliers réside dans le pilotage du volume d'activité d'un service, d'un processus ou d'un pôle. Aussi, dans une perspective logistique, nous posons l'hypothèse de travail selon laquelle **le volume d'activité est structuré par les niveaux respectifs de la disponibilité, fiabilité et rapidité, comparativement aux seuils concurrentiels constatés au sein du bassin de santé d'un hôpital.**

Nous validerons l'hypothèse émise ci-dessus au moyen d'un cas, le pilotage du bloc opératoire.

Le pilotage des performances consiste à normaliser les temps opératoires des prestations destinées aux patients (médicales, logistiques et administratives). En effet, la variabilité des prestations hospitalières est cause de risques organisationnels, altérant ainsi la performance.

En ce sens, l'on peut dire que le pilotage des performances consiste à stabiliser les prestations hospitalières relatives aux différents critères ou indicateurs de création de valeur, afin de pouvoir arbitrer entre eux. La clé du pilotage des performances hospitalières réside dans cette

¹ Au sens du périmètre d'un hôpital. Les coûts horaires et les tarifs sont régulés sur le plan national et échappent donc à la maîtrise du pilotage dans le cadre d'un hôpital.

articulation de **stabilisation** et **d'arbitrage** des indicateurs de création de valeur. Car, les processus hospitaliers comportent des spécificités : ils sont complexes, et comportent un nombre variable d'entrées et un nombre variable de sorties ; cette variabilité est accentuée par un patient intrinsèquement hétérogène ; la perception aigüe de cette variabilité est accentuée par un contact direct avec le patient qui est dans une situation généralement vécue comme exceptionnelle et stressante. Il est donc impossible de pouvoir arbitrer entre ces trois indicateurs de création de valeur (disponibilité, fiabilité et rapidité) sans les avoir auparavant stabilisés, sous peine de ne pas pouvoir identifier le bon niveau d'arbitrage.

Ainsi, les processus de production de soins, si l'on se réfère à leur extrême variabilité en fonction des ressources disponibles, des compétences ou tout simplement des préférences ou de l'humeur des acteurs, confinent à des processus artistiques, c'est-à-dire des processus dont le résultat n'est pas répétitif et qui n'utilisent aucune méthodologie fixe.

Faute de pouvoir définir le contenu des bonnes décisions et des bonnes actions, la gestion par processus à l'hôpital ne consiste donc pas à normaliser complètement la prise en charge par le biais de procédures inflexibles prescrivant chaque tâche et son contenu, car cela rend les processus aveugles face à l'émergence de risques.

Il s'agit plutôt d'introduire quelques îlots d'ordre dans les prises en charge des patients, en stabilisant quelques points clés, afin de contenir les processus dans des limites acceptables en termes de performances.

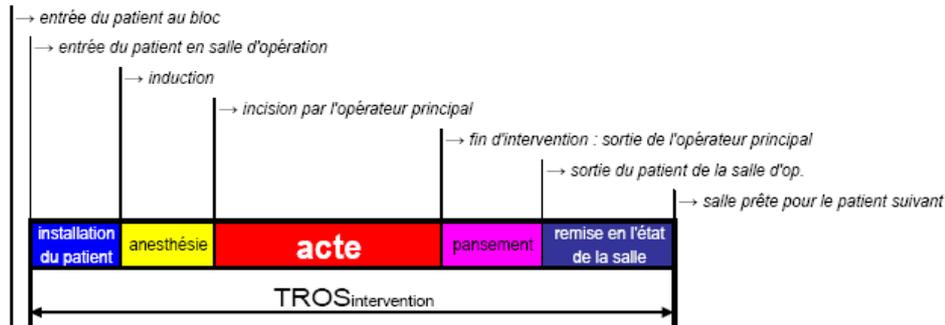
La phase suivante consiste à mesurer la contribution à la création de valeur par chacune des opérations de cette trajectoire patient, ce qui amène les responsables hospitaliers, que ce soit dans le cadre de processus ou au sein de pôles, à mettre en œuvre des indicateurs de pilotage.

Sur quelles bases peut-on mesurer les performances d'un processus ou d'un pôle ?

3.2. Le pilotage d'un bloc opératoire : quels indicateurs ? Quels inducteurs de performance ?

Prenons le cas du pilotage des blocs opératoires, dont l'intégralité du processus est représentée par le schéma ci-dessous. Rappelons, que nous cherchons dans cette étude de cas à mettre en évidence le lien entre le volume d'activité et les critères logistiques de rapidité, fiabilité et disponibilité. Pour cela nous mobilisons les travaux de la MEAH, Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (2006, 2007/2008 et 2009), qui a proposé de nombreux indicateurs de pilotage, tant sur un plan conceptuel que factuel en construisant des référents chiffrés, outils de *benchmarking* entre établissements.

Schéma n°2 : Gestion et organisation du bloc



Source : Meah (2007/2008).

Cinq activités principales constituent le processus de prise en charge d'un patient au bloc opératoire ; dans un souci de simplification, nous excluons les processus amont (accueil) et aval (salle de réveil, soins intensifs).

Le TROS ou temps réel d'occupation des salles globalise la totalité du processus ou cycle patients dans le cadre du bloc. Toutefois, ce TROS ne comptabilise pas le temps réel de remise en état des salles, mais un temps standardisé afin de ne pas surestimer le temps de mise à disposition du bloc, ainsi que les temps perdus entre chacune des interventions.

Le pilotage du bloc s'effectue au moyen d'un tableau de bord comprenant les indicateurs suivants :

$$\square \text{ Taux d'offre des vacances} = \frac{TVO}{TMD}$$

Où TVO = Temps de vacation offert (cycle)

Et TMD = Temps de mise à disposition du bloc (capacité).

Cet indicateur répond à un critère de disponibilité visant à accroître les plages horaires d'accessibilité des patients au bloc. En ce sens, la cible de performance doit se rapprocher le plus possible des 100 %.

$$\square \text{ Taux de performance par spécialité (taux d'occupation)} = \frac{TRVO}{TVO}$$

Où TRVO = Temps réel de vacation offert (heures utilisées).

Ici aussi, il s'agit d'occuper au maximum les plages horaires qui ont été attribuées aux différentes spécialités. Cet indicateur répond à la fois aux critères de disponibilité et de rapidité en termes de fiabilité des temps opératoires.

- ❑ Taux de débordement par spécialité = pourcentage des heures utilisées pour réaliser l'activité programmée hors TVO par une spécialité par rapport aux heures offertes (TVO) à cette spécialité.

Cet indicateur répond au critère de rapidité au sens où il mesure à la fois la disponibilité des salles par rapport à l'entrée de patients, et la fiabilité des temps opératoires prévus.

Contrairement aux indicateurs précédents, l'objectif de performance consiste à réduire le taux de débordement par spécialité.

- ❑ Taux d'activité semaine n-1 = pourcentage d'activité programmée le jeudi de la semaine précédente par rapport au total de l'activité réalisée (y compris les débordements).

Taux d'activité 48 H avant intervention.

Taux d'activité 12 H avant intervention.

Taux d'activité non programmée.

Cette batterie d'indicateurs mesure le taux de fiabilité de la programmation du bloc, qu'il s'agit bien évidemment d'optimiser à la hausse. La programmation de l'activité, même à court terme (à 12 heures), permet une plus grande disponibilité des salles et une prise en charge plus rapide en cas d'urgence réelle.

- ❑ Taux d'évolution des heures supplémentaires (par spécialité et global) = Réel/prévu et d'une année sur l'autre.

Cet indicateur, contrairement aux précédents, répond à un des critères de création de valeur pour l'hôpital, la mobilisation des ressources, se traduisant par un niveau des coûts, en proportion des cibles de performances patients.

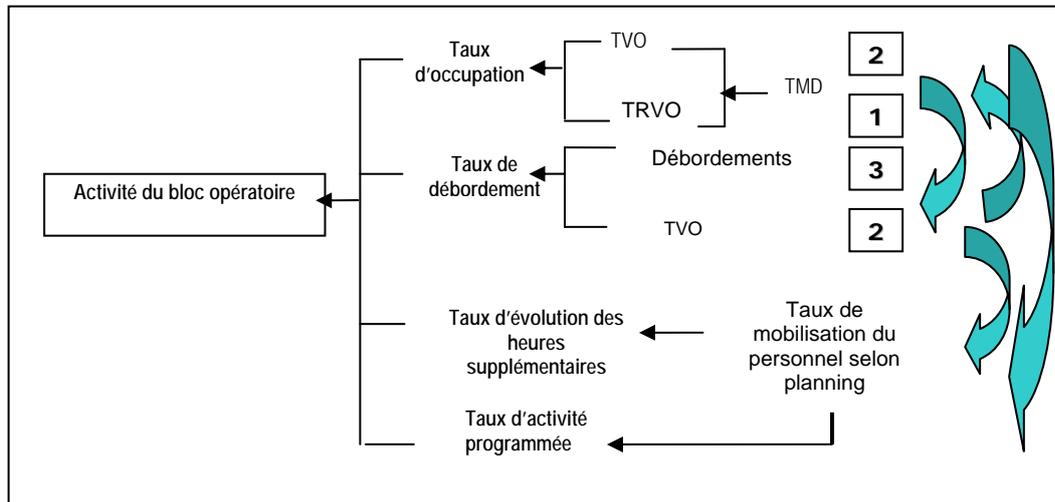
Il faut maintenant s'intéresser aux corrélations entre indicateurs du tableau de bord du bloc, autrement dit comment piloter les performances au moyen d'un **arbitrage** entre la création de valeur patients et celle afférente à l'hôpital ? Cet arbitrage répond à des alternatives posées fréquemment aux responsables hospitaliers :

- ❑ Accroître la fiabilité de la planification de l'activité par spécialité peut générer en retour une accessibilité moins grande des patients au bloc.
- ❑ De la même façon, figer des plages opératoires par spécialité médicale, peut entraîner des déséquilibres à certains moments avec certaines plages occupées et d'autres vides. D'où le risque de ne pas atteindre l'objectif stratégique de développement de l'activité.

3.3. La chaîne causale des performances d'un bloc opératoire

A cette fin, nous présentons le modèle d'une chaîne causale de performances (Fiore, 2005) appliquée au pilotage du bloc (Cf. schéma ci-dessous).

Schéma n° 3 – La chaîne causale de performance de l'activité du bloc opératoire



1 le temps réel d'occupation des salles pour une intervention donnée

2 Temps de vacation offert (cycle)

3 nombre d'heures dépassant du temps standard

Source : *Elaboration personnelle.*

La chaîne causale des performances du bloc opératoire se décompose en trois niveaux :

- ❑ Le niveau de la performance cible, accroître le volume d'activité du bloc opératoire.
- ❑ Le niveau des indicateurs de pilotage du bloc : taux d'occupation, taux de débordement, taux d'activité programmée et taux d'évolution des heures supplémentaires.
- ❑ Le niveau des inducteurs de performances : TMD, TVO, TRVO, nombre d'heures en débordement, taux de mobilisation du personnel en fonction du planning.

Chacun de ces inducteurs de performances peut générer des altérations plus ou moins fortes par rapport aux cibles de performances définies par indicateur. C'est donc bien à partir de ces inducteurs de performances qu'il est possible de stabiliser les différents indicateurs, mesurant notamment les critères de valeur patients et hôpital, puis d'arbitrer entre leurs niveaux afin de piloter le volume d'activité du bloc opératoire (en nombre de patients, en nombre d'actes).

3.4. Le pilotage : l'indicateur, vers l'inducteur, vers la marge de manœuvre

Quelles sont donc les marges de manœuvre que peut dégager le pilotage du bloc opératoire ?

- ❑ Accroître le temps de mise à disposition des salles (TMD) au moyen d'une plus grande régularité des temps de remise en état des salles, ainsi que par un planning de mobilisation du personnel plus en adéquation avec les besoins d'intervention.
- ❑ Optimiser le temps de vacation offert (TVO) par spécialité en proportion des potentiels respectifs de croissance.
- ❑ Accroître le temps réel de vacation offert en stabilisant au mieux les temps opératoires par spécialité.
- ❑ Réduire le taux de débordement au moyen d'une plus grande fiabilité du planning des interventions et des temps opératoires.
- ❑ Enfin, mettre en adéquation le planning du personnel avec le planning des interventions.

L'ensemble de ces marges de manœuvres, générées par le pilotage du bloc opératoire, induit une double incidence sur le volume d'activité, d'une part directement par le taux d'occupation et le taux de débordement, d'autre part indirectement par le taux d'évolution des heures supplémentaires (action sur la masse salariale).

L'enquête menée par la MEAH en 2007-2008 nous permet d'identifier plus concrètement quelques unes des marges de manœuvres potentielles dans le cadre des blocs opératoires.

Nous avons utilisé cette enquête avec un objectif de concrétisation de la chaîne causale des performances du bloc opératoire. Il s'agissait pour nous de croiser un certain nombre de chiffres recueillis lors de ces enquêtes nationales en vue d'identifier les interrelations entre :

- ❑ Les indicateurs d'efficacité au sens de la qualité du service rendu aux patients (disponibilité, fiabilité et rapidité).
- ❑ Les indicateurs d'efficacité et les inducteurs de performances, causes de la variation des coûts.
- ❑ Les différents inducteurs de performances.

Les différents tableaux présentés ci-dessous nous permettent de valider les relations de causes à effets entre les différents paramètres affectant le pilotage d'un bloc opératoire, tels que nous les avons présentés dans le schéma n° 3.

Nous avons cherché à identifier plus particulièrement les indicateurs qui nous semblaient les plus associés à une performance logistique, à savoir le taux de débordement, le taux

d'occupation (schéma 4) et le taux d'activité programmée (schéma 5), afin de voir leur lien avec le volume d'activité. Nous avons ainsi synthétisé une partie des résultats des enquêtes de la MEAH au travers d'un cas pédagogique comparant deux spécialités (cf. tableau ci-dessous), l'orthopédie et la cardiologie.

Schéma n°4 - Cas comparatif des indicateurs de performance au bloc opératoire

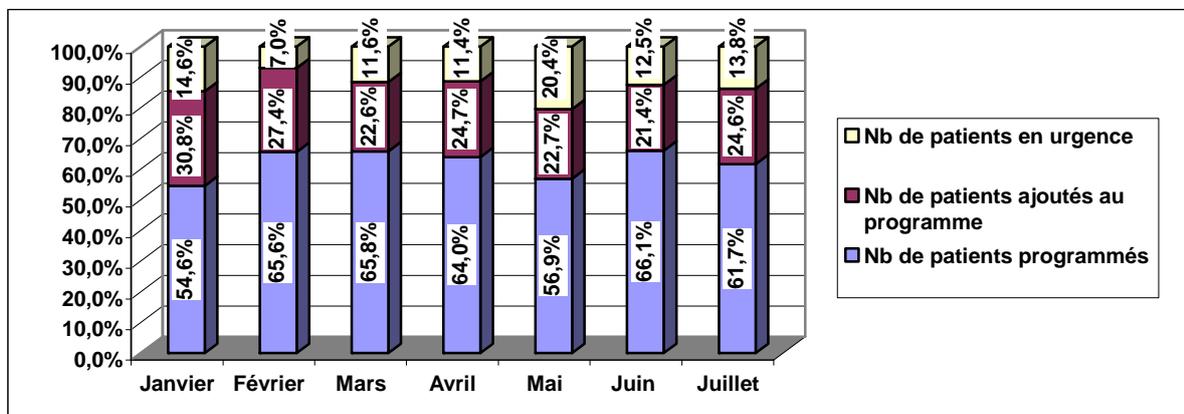
Bloc d'orthopédie		Bloc de cardiologie	
Heures d'ouverture/jour	7,5	Heures d'ouverture/jour	9
Nb de jours	5	Nb de jours	5,5
Nb de salles	5	Nb de salles	3
TVO	187,5	TVO	148,5
TROV	135	TROV	123,75
Débordement	30	Débordement	8,25
Taux d'occupation	72,0%	Taux d'occupation	83,3%
Taux de débordement	16,0%	Taux de débordement	5,6%

Source : *Elaboration personnelle à partir de MEAH (2007/2008).*

Ces chiffres ouvrent une piste de réflexion sur la corrélation entre le taux d'occupation et le taux de débordement. En effet, nous observons une relation inversement réciproque entre ces deux indicateurs, avec respectivement 72 % de taux d'occupation et 16 % de taux de débordement pour l'orthopédie, contre 83 % de taux d'occupation et 5,6 % de taux de débordement pour la cardiologie. Ce tableau montre qu'en stabilisant au mieux les temps opératoires par spécialité (d'où une plus grande disponibilité et une plus grande rapidité) et en fiabilisant les plannings d'intervention, il est d'autant plus facile de développer l'activité d'une spécialité, car elle sera moins freinée par le coût excessif des heures supplémentaires.

Concernant le taux d'activité ou programmation des blocs opératoires (cf. graphique ci-dessous) nous montrons la corrélation inversement réciproque entre le nombre de patients programmés et le nombre de patients ajoutés au programme.

Schéma n°5 - Cas de la programmation d'un bloc opératoire

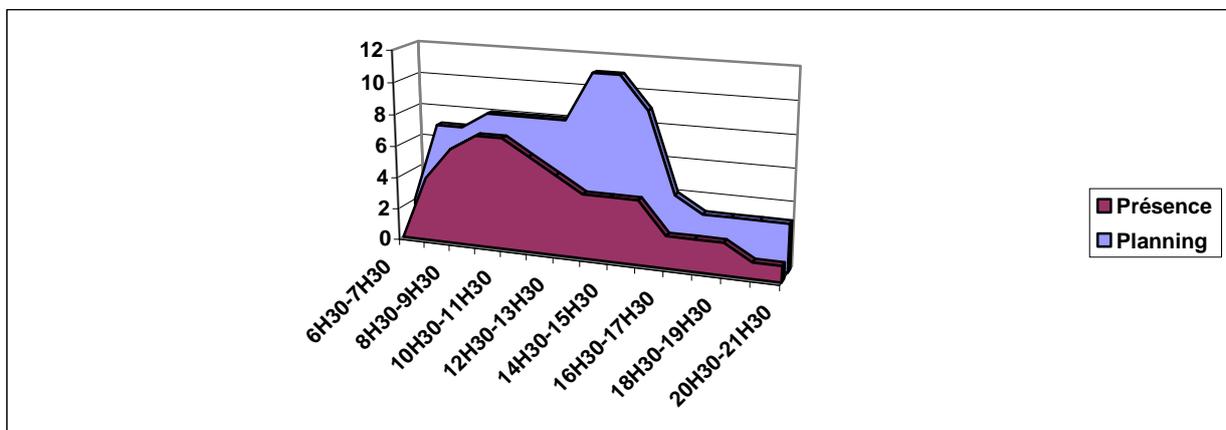


Source : *Elaboration personnelle à partir de MEAH (2007/2008).*

Plus la fiabilité de la programmation est élevée, d'autant le nombre de patients ajoutés au programme est faible. C'est le cas en février, mars, avril juin et juillet. Seul le mois de mai échappe à la règle du fait d'une forte croissance du nombre de patients admis en urgence.

Ce cas chiffré nous permet donc de **valider empiriquement l'hypothèse de travail** : le volume d'activité est structuré par les niveaux respectifs de la disponibilité, fiabilité et rapidité, avec toutefois l'émergence d'une hiérarchie entre ces trois indicateurs d'efficacité. En effet, le taux de disponibilité, caractérisé par le taux d'occupation dans ce cas, exerce un impact décisif sur le taux de débordement et donc agit directement de manière prépondérante sur le volume d'activité du bloc opératoire. Les indicateurs de fiabilité et de rapidité, caractérisés ici par la stabilisation des temps opératoires et des temps perdus entre chaque intervention, induisent un effet non négligeable, mais moins important que le précédent. Enfin, il faut noter, en se référant au schéma n°6 ci-dessous, que le taux de mobilisation du personnel au sein du bloc opératoire, constitue le second point névralgique en matière de relation de cause à effet.

Schéma n°6 – Taux de mobilisation du personnel d'un bloc opératoire



Source : *Elaboration personnelle à partir de MEAH (2007/2008).*

Car, un écart trop important entre le taux de présence réel et le planning constitue un frein au volume d'activité du bloc opératoire dans des proportions semblables au taux d'occupation.

CONCLUSION

Nous nous sommes attachés dans cette contribution à présenter une démarche de pilotage opérationnel autour des flux logistiques spécifiques que sont les clients, dans un contexte particulier qu'est l'hôpital. A partir d'un exemple précis de pilotage des patients dans un bloc

opérateur, nous avons tenté de mettre en évidence en quoi la logistique des services pouvait être un levier important dans le développement de l'activité d'un établissement hospitalier, et répondre ainsi à ses préoccupations stratégiques (de maintien ou de développement d'activités nouvelles ou actuelles). Ainsi, identifier des chaînes causales de performance permet de comprendre quels sont les leviers opérationnels (les marges de manœuvre) sur lesquels les acteurs hospitaliers peuvent jouer, et ainsi répondre à une meilleure satisfaction de leurs patients.

De nombreux hôpitaux, essentiellement nord-américains et anglo-saxons, ont d'ailleurs développé des méthodologies complètement orientées sur le pilotage du flux patients en utilisant le principe de chemin clinique ou chemins critiques (clinical pathways, critical pathways, integrated care pathways...) qui est un véritable outil d'ordonnement de la production de service. L'HAS¹ le définit comme une méthode visant « à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable. Elle repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des recommandations professionnelles. » [pour une présentation complète voir Reynaud (2003)]. Elle s'ancre notamment sur le concept d'agenda du patient, qui consiste à réorganiser les services hospitaliers sur l'emploi du temps du patient à l'hôpital. Le flux de patient devient ainsi un élément structurant qui organise la production de l'hôpital selon une logique matricielle. Il devient le projet éphémère ralliant une multitude de professionnels internes (médecins, soignants, gestionnaires, laborantins, radiologues,...) et externes à l'hôpital (assurance maladie, HAS, ARS², associations de patients...), qui vont se coordonner autour de son processus de prise en charge médical, social ou financier. Cette configuration organisationnelle n'est pas sans rappeler les derniers travaux en logistique sur les chaînes multi-acteurs (Paché et Spalanzani, 2007).

Cette recherche exploratoire n'a cependant pas permis d'articuler les indicateurs de performance entre le niveau de pilotage opérationnel et le niveau de pilotage stratégique de façon suffisamment précise. Il conviendra donc de proposer dans une recherche future des tableaux de bord imbriqués, présentant le niveau stratégique, le niveau intermédiaire du pôle

¹ Haute Autorité de Santé ; ses missions portent sur l'analyse, la production et la promotion des bonnes pratiques, de bon usage des soins et de diffusion de l'information médicale. Elle a un rôle central dans l'accréditation et la certification des professionnels et organisations de santé (dont les hôpitaux).

² Agence Régionale de Santé, sortes de préfectures sanitaires, qui autorisent ou non le développement d'activités médicales.

hospitalier, et le niveau opérationnel du processus clé (le bloc opératoire, la gestion des lits...).

Ce papier permet également de mettre au jour un parallèle intéressant qu'il sera utile d'approfondir : l'apport de la logistique de service (dans un contexte hospitalier) à la problématique organisationnelle d'une gestion *lean* et *agile* [Fabbe-Costes (2007)] des chaînes logistiques multi-acteurs, où dans un contexte de recomposition permanente des chaînes d'acteurs, il faut arbitrer entre réduction des coûts et amélioration du service client (flexibilité, disponibilité, variabilité...). Chaque trajectoire de client/patient est un cas spécifique (pathologies différentes, trajectoires différentes, modes d'entrée différents...), qui structure une chaîne d'acteurs différents, intra-hospitaliers, externes à l'hôpital et inter-hospitaliers. Il pourrait ainsi être intéressant d'analyser les processus de composition, recomposition de ces chaînes, particulièrement agiles, en particulier par le prisme des modalités de contrôle et de coordination, comme des capacités au « *plug and play* » [Fabbe-Costes (2007)].

BIBLIOGRAPHIE

- Aurier P., Evrard Y., N'Goala G. (2004) Comprendre et mesurer la valeur du point de vue du consommateur, *Recherche et applications en marketing*, vol. 19, no3, pp. 1-20
- Autissier D., Vandangeon-Derumez I. (2007) Les managers de première ligne et le changement, *Revue française de gestion*, n° 174.
- Avenier M-J. (1997) Une conception de l'action stratégique en milieu complexe : la stratégie tâtonnante, in Avenier M-J. *La stratégie « chemin faisant »*, ouvrage collectif, Economica, Paris, pp. 1– 35.
- Bancel-Charensol L., Jougleux M. (1997) Un modèle d'analyse des systèmes de production dans les services, *Revue Française de Gestion*, Mars- Avril- Mai, pp. 71-81.
- Bowersox D.J., Carter P.L., Monczka R.M. (1993) Materials Logistics Management, *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, vol. 23, n°5, pp. 46-51.
- Brandenburg H., Wojtyna J-P. (2008) *L'approche processus, mode d'emploi*, Eyrolles, Editions d'Organisation.
- Cattan M., Idrissi N., Knockaert P. et Maurel V. (2008) *Maîtriser les processus de l'entreprise*, Eyrolles, Editions d'Organisation.
- Charreaux G. (1997) Gouvernement de l'entreprise, in Simon Y., Joffre P. *Encyclopédie de gestion*, 2^{ème} édition, Tome 2, Economica.
- DHOS (direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) (2006) *Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière*, juillet.
- Fabbe-Costes N. (2007) La gestion des chaînes logistiques multi-acteurs : les dimensions organisationnelles d'une gestion *lean* et *agile*, in Paché G., Spalanzani A. *La gestion des chaînes logistiques multi-acteurs : perspectives stratégiques*, ouv. Collectif, PUG.
- Fiore C. (2005) *Pilotage de l'offre de valeur*, éditions Village mondial.

- Gadrey J. (1996) *Services : la productivité en question*, Sociologie économique, Desclée de Brouwer.
- Giordano Y. (1997) L'action stratégique en milieu complexe : quelle communication, in Girod-Séville M., Perret V. (1999) *Fondements épistémologiques de la recherche*, in Thiéart R-A. et coll. (1999) *Méthodes de recherche en management*. Dunod, Paris, pp. 13-33.
- Herriau C. (1999) Le concept de performance soutenable en comptabilité de gestion, *Finance, Contrôle, Stratégie*, Volume 2, N°3, pp. 147-178.
- Kaplan R.S, Norton D.P (2003), *Le tableau de bord prospectif*, EYROLLES.
- Kaplan R.S, Anderson S.R (2004), Time Driven Costing, *Harvard Business Review*, Novembre, pp.131-138.
- Lemoigne J-L. (2002, 2003) *Le Constructivisme*, T.1, T.2, T.3. Ed. ESF.
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, *Journal Officiel de la République Française*, 2 août 1991.
- Loi HPST, pour « Hôpital, patients, santé, territoires », n°2009-879 du 21 juillet 2009, *Journal Officiel de la République Française*, 22 juillet 2009
- Lorino P. (1995) *Comptes et récits de la performance – Essai sur le pilotage d'entreprise*, Les Editions d'Organisation, Paris, 2ème tirage, édition 1996.
- Lorino P. (1997) *Méthodes et pratiques de la performance – Le guide du pilotage*, Les éditions d'Organisation.
- Lovelock C., Wirtz J., Lapert D. (2004) *Marketing des services*, Pearson Education, 5ème édition.
- Malleret V. (2009) Peut-on gérer le couple coûts-valeur ?, *Revue Comptabilité- Contrôle – Audit*, tome 15, vol 1, juin, pp.7-34.
- Mathe H. (1997) (en collaboration avec Dubosson M. et Rousseau M.) *Le service global – Innovations et stratégies internationales de développement dans les services*, Maxima, Ed. Laurent Dumesnil.
- Mbengue, A., Vandargeon-Derumez I. (1999) *Positions épistémologiques et outils de recherche en management stratégique*, Actes de la VIIIème Conférence de l'Association Internationale en Management Stratégique, 26, 27, 28 mai, Paris.
- MEAH (Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier ; www.meah.sante.gouv.fr) (2006) *Recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées*, septembre.
- MEAH (2007/2008) *Indicateurs de gestion du bloc opératoire GD/OPC/004*, version 6.
- MEAH (2009) *Piloter l'activité, mesurer l'efficacité – Répertoire d'indicateurs MEAH*, octobre.
- Minvielle E. (1996) L'organisation du travail – Gérer la singularité à grande échelle, *Revue Française de Gestion*, n° 109, pp. 114 – 124.
- Ordonnances n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, Inter Bloc n°3/96, tome XV.
- Ordonnances n°2005-406 du 2 mai 2005 [Journal Officiel du 3 mai] et n°2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 [Journal Officiel du 6 septembre] ; Rapport de présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière, fait par la DHOS, Direction Hospitalière, en juillet 2006.
- Paché G., Spalanzani A. (2007) *La gestion des chaînes logistiques multi-acteurs : perspectives stratégiques*, ouv. Collectif, PUG.
- Reynaud M. (2003) *Une organisation de la prise en charge innovante au CHU de Montpellier : le projet chemins cliniques*, Mémoire de l'ENSP (Ecole Nationale de Santé Publique)
- Sampieri N. (2000) Contribution à l'analyse de la logistique hospitalière : proposition d'une typologie des pratiques logistiques des hôpitaux publics français à partir d'une étude

empirique, Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université de la Méditerranée (Aix-Marseille II), décembre.

Sampieri-Teissier N., Sauviat I. (2002) « Les évolutions du positionnement des acteurs du système hospitalier : le cas de la situation du patient-usager-client », *Revue Electronique du RECEMAP* (<http://www.unice.fr/recemap/contenurevue/Articles.html>)

Toffler A. (1988) *La troisième vague*, Gallimard

Vogler, E. (2004) *Management stratégique des services – Du diagnostic à la mise en œuvre d'une stratégie de services*, Dunod.

V. A. Zeithaml (1981) How Consumer Evaluation Processes Differ Between Goods and Services, in Donnelly J. H., George W. R., *Marketing of Services*, American Marketing Association.