HAL
open science

Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière

Alice Teil

To cite this version:

Alice Teil. Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière. Sciences de l'Homme et Société. Université Jean Moulin - Lyon III, 2002. Français. NNT : . tel-00597030

HAL Id: tel-00597030

https://theses.hal.science/tel-00597030

Submitted on 30 May 2011

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.

Université Jean Moulin – Lyon 3

INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE SUR LES ORGANISATIONS SANITAIRES ET SOCIALES ET LEURS RESEAUX

FACULTE DE DROIT

PROGRAMME DOCTORAL DE GESTION

Défi de la performance et vision partagée des acteurs

Application à la gestion hospitalière

THESE DE DOCTORAT ES SCIENCES DE GESTION

Présentée et soutenue publiquement
par

ALICE TEIL

Le 4 janvier 2002

JURY

M. JEAN-PAUL AURAY,	Directeur de recherche au CNRS, Rapporteur.
M. PIERRE-YVES BARRIER,	Gynécologue Obstétricien, Président de la Commission Médicale d'Établissement du Centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône.
M. MOHAMED BAYAD,	Professeur, Institut National Polytechnique de Lorraine.
M. FRANCK BOURNOIS,	Professeur, Université Paris 2, Rapporteur.
M. JEAN-PIERRE CLAVERANNE,	Professeur, Université Jean Moulin Lyon 3, Directeur de Recherche.
M. ROLAND PEREZ,	Professeur, Université Montpellier 1.
M. PIERRE-LOUIS REMY,	Professeur Associé, Université Jean Moulin Lyon 3.

L'Université Jean Moulin Lyon 3 n'entend accorder aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Remerciements

Je tiens à remercier :

- Le Professeur Jean-Pierre CLAVERANNE, directeur de recherche pour sa rigueur, sa patience, sa générosité, et sa bienveillance,
- Messieurs les Professeurs Jean-Paul AURAY, Mohamed BAYAD, Franck BOURNOIS, Roland PEREZ, Pierre-Louis REMY, et Monsieur le Docteur Pierre-Yves BARRIER, qui me font l'honneur de constituer mon jury.

Je tiens également à remercier l'ensemble des acteurs du système hospitalier qui m'ont permis, chacun à leur mesure, de m'immerger dans la réalité et la complexité des établissements de soins et du champ de la santé, et notamment :

- Les directeurs des établissements qui ont bien voulu m'ouvrir leurs portes et en particulier Madame Monique CAVALIER, Monsieur Henri FLANDRE et Madame Dominique MONTEGU,
- Les étudiants de formation continue de l'IFROSS, dont les travaux et les remarques ont été source de réflexion et d'inspiration.

Je tiens également à remercier l'ensemble des enseignants et des chercheurs qui ont contribué, par leurs réflexions, leurs travaux et leurs analyses critiques, à l'avancement de cette recherche et notamment :

- Les membres du LASS et du groupe PARACELSE et en particulier messieurs les professeurs Cyrille COLIN, Loïc GEFFROY et Yves MATILLON,
- Les membres de l'IFROSS, pour nos nombreux débats d'idées, leur écoute et leur attention.

Ma reconnaissance va enfin à Olivier PONTREAU, pour ses relectures et son enthousiasme, ainsi qu'à toute l'équipe administrative de l'IFROSS, Vanessa FROCIONE, Chantal GARÇON, Nicole GRINAND et Pascale ROGER-DALBERT, qui ont largement contribué, par leur bonne humeur, leur sollicitude et leur soutien organisationnel, au bon déroulement de cette thèse.

Définitions

Efficacité : caractère de ce qui produit l'effet attendu.

Efficience : caractère de ce qui consomme le minimum de ressources possible pour l'effet obtenu.

Performance : la performance se définit comme la capacité à atteindre les *objectifs* fixés. Par conséquent la performance repose sur des objectifs définis et des référentiels de *représentations* du réalisé. On peut décliner la performance selon les dimensions individuelle, collective, organisationnelle. Mais la définition des objectifs et des référentiels de représentations pour chacune des dimensions ne peut se faire indépendamment les unes des autres. Les trois dimensions de la performance sont indissociables, ce n'est qu'un point d'entrée, un angle de regard sur la performance globale.

Performance verticale : la performance verticale désigne la capacité de l'offre de soins de l'hôpital à converger vers les objectifs globaux de notre société.

Performance latérale : la performance latérale désigne la capacité de l'hôpital à répondre aux besoins des malades qui s'adressent à lui, mais aussi aux attentes des salariés, des financeurs du système, donc des citoyens.

Performance horizontale : la performance horizontale désigne la capacité de l'hôpital à combiner son activité avec les autres entités du système de soins pour assurer la qualité de la prise en charge dans ses dimensions, technique (le juste équipement), médicale (le juste acte), du soin (les justes compétences), organisationnelle (le juste délai, le juste temps, la juste information), sociale (le juste lieu), psychologique (la juste attention et la juste communication).

Prise en charge : accueil, diagnostic pathologique, traitement et/ou orientation d'un patient.

Référentiel : grille d'appréhension de la complexité du réel. Un référentiel de performance se définit par les critères retenus, les indicateurs utilisés, et les leviers d'action employés. Chaque partie prenante a son propre référentiel de la performance hospitalière et l'utilise, pour la décision et l'action, de manière implicite ou explicite, de manière consciente ou inconsciente.

Représentation : le fait de rendre sensible un objet absent ou un concept par la simplification de l'appréhension de celui-ci, au moyen de données quantitatives, de données qualitatives, de schéma, images, figures ou signes. La représentation repose sur des conventions d'élaboration pour en assurer une certaine homogénéité et une certaine accessibilité au plus grand nombre d'acteurs.

Réseau : le réseau se définit comme un ensemble de relations qu'une entité entretient avec d'autres entités, et ce, indépendamment de l'entité concernée (personne, entreprise, administration), de la nature de la relation (relation hiérarchique, alliance entre concurrents, relations de marché, relation d'impartition, mais aussi relation amicale et affective), de la fonction de la relation (approvisionnement, technologie, vente, production, financement) et des caractéristiques de cette relation (durée, engagement, objectifs) (S. Geindre).

Subsidiarité : le principe de subsidiarité fut introduit dans le traité de Maastricht pour chercher à définir le jeu du partage des compétences entre les Etats membres et la Communauté et pour répondre à la critique d'extension indéfinie du champ d'action communautaire : la communauté intervient seulement *« si et dans la mesure où les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être réalisés de manière suffisante par les Etats membres et peuvent donc en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, être au mieux réalisés au niveau communautaire »*. La notion de subsidiarité signifie, notamment, que les compétences doivent se situer là où la décision produit l'effet.

Système hospitalier, système de soins et système de santé : la distinction est faite entre *le système de soin* qui prend en charge les maladies entendues comme une altération organique et/ou fonctionnelle considérée dans son évolution et comme une entité définissable, et le *système de santé* qui vise à maintenir et rétablir la santé de la population entendue dans un sens beaucoup plus large que l'état de non maladie qui est celui d'*un état complet de bien-être physique, mental et social.* Le *système de santé* s'étend alors à toutes les dimensions de la vie sociale quand le *système de soins* lui fait référence au dispositif mis en place, pour la prise en charge de la maladie. Le système hospitalier est le sous-système du système de soins qui comprend l'ensemble des établissements de soins.

Vision partagée : la notion de vision partagée est utilisée pour désigner une perception de la réalité, commune à l'ensemble des acteurs. Ceci désigne la capacité des acteurs à avoir des référentiels et des représentations du réel qui les font décider et agir dans un sens commun. Vision partagée ne signifie pas référentiel unique, mais intersection des référentiels sur un sens commun. Ce sens, quelle que soit la place de l'acteur dans l'organisation hospitalière, est à rechercher du côté des attentes sociales et de leur déclinaison dans les différentes entités du système hospitalier.

Liste des abréviations

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation.

AS : Aide Soignant

CA : Chiffre d'Affaires.

CAF : Capacité d'AutoFinancement.

CdAM : Catalogue des Actes Médicaux. *Catalogue contenant une énumération exhaustive des actes médicaux pratiqués en milieu hospitalier, permettant de coder les actes contenus dans un RUM.*

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CIM : Classification Internationale des Maladies. *Classification des maladies publiée par l'organisation mondiale de la santé, utilisée dans le cadre du PMSI pour coder les diagnostics portés sur un patient.*

CMA : Complication Médicale Associée.

CMD : Catégorie Majeure de Diagnostic. *Le PMSI regroupe les GHM en 24 catégories majeurs de diagnostic.*

CME : Commission Médicale d'Établissement.

CNS : Conférence Nationale de Santé.

COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens.

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

CRS : Conférence Régionale de Santé.

CS : Consultation médicale.

CTIP : Centre de Traitement de l'Information du PMSI

DEA : Data Envelopment Analysis. *Méthode statistique utilisée pour évaluer les performances multidimensionnelles de toute forme d'organisations.*

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.

DIM : Département d'Information Médicale. *Département chargé, au sein de chaque établissement, d'organiser le recueil et l'analyse des données du PMSI. La direction du DIM est obligatoirement confiée à un médecin, le DIM (directeur d'information médicale).*

DMS : Durée Moyenne de Séjour.

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

DREES : Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques.

ETP : Équivalent Temps Plein.

EVCI : Espérance de Vie Corrigée de l'Incapacité. *Indicateur de mesure de l'état de santé de la population utilisé par l'OMS dans le rapport sur la performance des systèmes de santé 2000.*

GHM : Groupe Homogène de Malade. *Dans le cadre du PMSI, tout séjour d'un patient dans un établissement public ou privé aboutit à la classification du malade dans un groupe homogène de malades.*

GMSIH : Groupement pour la Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers.

HCSP : Haut Comité de la Santé Publique.

ICR : Indice de Coût Relatif. *Indice associé à chaque acte du CdAM destiné à rendre compte de la consommation de ressources humaines et matérielles estimées pour réaliser un acte technique.*

IDE : Infirmier Diplômé d'État.

ISA (point ISA) : Indice Synthétique d'Activité. *Estimation du coût de production moyen d'un GHM utilisée dans le cadre du PMSI.*

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique. *Activité dite de court séjour*.

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Médicaux. *Système de valorisation français de l'activité des professionnels de santé exerçant en secteur libéral fondé sur l'utilisation des lettres clés. La valeur de la lettre clé peut être multipliée par un coefficient prenant en compte la technicité ou les ressources mobilisées pour réaliser un acte donné.*

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique.

OMS : Organisation Mondiale de la santé.

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.

OQN : Objectif Quantifié National.

OQR : Objectif Quantifié Régional.

ORS : Observatoire Régional de la Santé.

PERNNS : Pôle d'Expertise et de Références Nationales des Nomenclatures de Santé.

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. *Recueil statistique de l'activité médicale des hôpitaux français fondé sur un résumé médical standard qui permet de classer chaque séjour dans un GHM.*

PSPH : (établissement) Participant au Service Public Hospitalier.

RSA : Résumé de Sortie Anonymisé.

RSS : Résumé de Sortie Standardisé. *Synthèse de l'information médicale et administrative correspondant à la fusion des différents RUM codés pendant le séjour d'un patient dans un hôpital.*

RUM : Résumé d'Unité Médicale. *Dans le cadre du PMSI, tout séjour d'un patient dans une unité médicale donne lieu à la production d'un résumé d'unité médicale, regroupant les informations permettant d'affecter le patient à un GHM.*

SAE : Statistiques Annuelles d'Établissements.

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

Introduction générale

« Les difficultés d'un sujet, il est bon de ne les reconnaître qu'au fur et à mesure que l'on travaille ; on perdrait cœur à les voir toutes d'un coup ».

A. Gide, Si le grain ne meurt.

« En changeant ce qu'il connaît du monde, l'homme change le monde qu'il connaît. En changeant le monde dans lequel il vit, l'homme se change lui-même. »

Th. Dobzhansky, biologiste, 1961.

Etablissement multiséculaire, dont les origines remontent à la chute de l'empire romain, l'hôpital a régulièrement été soumis aux injonctions contradictoires de ses tutelles auxquelles il a toujours survécu. Cependant, les crises successives qu'il a connues tout au long de son histoire, essentiellement des crises financières, sont sans commune mesure avec les défis auxquels l'hôpital est confronté aujourd'hui : défi de la compétence, défi de la technologie, défi de la légitimité, défi de la qualité, défi de l'efficience économique, et en toile de fond le défi de la performance.

L'objet de cette thèse est de réfléchir aux conditions de la performance de l'hôpital. L'hypothèse centrale de notre travail est que cette performance ne peut être recherchée que dans une vision partagée des différents acteurs au chevet de l'hôpital : les directions d'agences régionales de l'hospitalisation, les représentants de l'État et de l'Assurance Maladie, les syndicats, l'ensemble des professionnels de soins et les patients. Sans cette vision partagée, il n'est pas de diagnostic possible, il n'est pas de dessein, il n'est pas de politique. Le débat de la recherche sur la performance n'est pas un simple sujet de thèse, il est au cœur des questions politiques des pays développés. H. Clinton résumait bien le problème lorsqu'elle disait : *« il faut réformer l'hôpital, pivot du système de santé, pour dégager des moyens pour les écoles, les transports publics et la santé publique »*. Conscients des défis et du poids de l'hôpital sur les budgets de la nation, l'ensemble des pays développés ont engagé depuis les années 1980 une série de réformes dont les politiques françaises sont le reflet hexagonal.

Les pouvoirs publics français ont engagé au cours des années soixante-dix et quatre-vingt un certain nombre de réformes budgétaires, telle la réforme dite du *budget global*, puis au cours des années quatre-vingt-dix, d'autres formes de régulation hospitalière ont été recherchées (régionalisation et contractualisation), couplées à la mise en place de nouveaux instruments d'évaluation de l'activité (PMSI[1] et accréditation). Malgré ces réformes, la modernisation de l'hôpital ne se fait pas sentir, et l'hôpital se trouve toujours confronté aux mêmes difficultés. Difficultés sur lesquelles l'ensemble des acteurs du secteur hospitalier est d'accord : *« cloisonnement et segmentation trop forte des activités, hiérarchie trop lourde, manque de cohérence dans les paramètres de l'organisation hospitalière, démotivation des personnels, fonctions de production non optimales, problèmes de circulation de l'information[2] »*. Autant de dysfonctionnements qui rendent l'hôpital inefficient. Or, aujourd'hui, si la santé n'a pas de prix, l'hôpital a un coût et il apparaît comme trop consommateur de ressources par rapport à ses résultats sur la santé de la population.

[1] Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

[2] Pascal C., *Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble*, Thèse de doctorat ès sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon III, janvier 2000, 475 p.

Le système hospitalier français semble soulever plus de critiques négatives que de critiques positives. Les conflits récurrents dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, avec leurs cohortes de grèves, ont révélé un malaise certain au sein des professions de santé et dans le système social lui-même. Mais tandis que les journaux et colloques se concentrent sur les « effets de surface » (progrès médicaux, hausse des coûts, nouvelles technologies et bureaucratie) les services d'urgences sont toujours envahis d'une foule disparate, dépendante et silencieuse, composée d'hommes, de femmes ou d'enfants victimes d'un accident, d'une maladie foudroyante, mais aussi d'êtres en détresse sociale et/ou psychologique (alcooliques, toxicomanes, sans domiciles fixes). D'autres services, en même temps qu'ils doivent répondre à une demande précise, abritent de nombreuses personnes âgées qui n'y ont pas leur place, mais qui sont là dans l'attente d'un placement dans un service de long séjour qui les accompagnera, à défaut d'une réintégration sociale, vers une mort médicalisée. L'hôpital est de fait écartelé entre des contraintes contradictoires car comme le formule E. Minvielle[3], il doit assurer la prise en charge à *grande échelle* tout en assurant une *singularité* de celle-ci, il doit assurer une égalité de traitement tout en différenciant ses réponses, il doit maintenir en vie à tout prix tout en réduisant ses coûts.

L'hôpital est en crise de légitimité. Mais cette crise de légitimité est le reflet aujourd'hui de la recherche du sens de l'action collective car *« les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple[4] »*. Et le défi fondamental auquel est exposé l'hôpital est de faire les choix que la société ne fait pas, le défi fondamental de l'hôpital est de gérer lui-même les attentes contradictoires de ses parties prenantes, parties prenantes qui englobent la société dans son ensemble.

Du fait de l'incapacité de l'hôpital à jouer ce rôle, la légitimité de son activité est aujourd'hui remise en cause. Cependant, cette crise de légitimité, ne doit pas obérer, d'une part, le rôle de l'hôpital dans l'amélioration de la santé de la population : « *certains auteurs insistent sur l'excellence d'un système qui chaque siècle a su s'adapter aux misères qu'il avait à combattre, depuis les maladreries médiévales jusqu'aux constructions les plus modernes[5] »*. Cette crise de légitimité de l'hôpital ne doit pas obérer, d'autre part, le fait que la légitimité de l'hôpital réside dans de nombreux autres secteurs des sphères politique, économique et sociale telles que l'enseignement et la recherche, l'industrie pharmaceutique, l'environnement, l'hygiène et la prévention.

L'enjeu pour l'hôpital aujourd'hui est de trouver sa légitimité dans la recherche du sens de son activité et de l'inscription de celle-ci dans le champ plus large des attentes sociales, au prix d'une révision profonde des modalités d'organisation de son activité. Cette légitimité s'inscrit dans la capacité de l'hôpital à répondre et à adapter sa réponse

---

[3] Minvielle E., *Gérer la singularité à grande échelle*, Thèse de Doctorat ès Sciences de Gestion, Paris, Ecole Polytechnique, avril 1996, 480 p.

[4] Tenon, cité in Imbert J., *Les hôpitaux en France*, Que sais-je ?, Presses Universitaires de France, 1994, 127 p.

[5] Imbert J., 1994, op. cit.

aux attentes de la population (attentes multiples, imprécises et infinies puisque c'est de santé dont on parle) tout en intégrant les contraintes économiques et technologiques de son environnement.

Enjeu de légitimité pour l'hôpital, mais de quel hôpital parle-t-on ? Au XIIè siècle, le mot *hôpital* s'applique à un établissement religieux recevant des personnes démunies, mendiants ou non. Étendu au XVIIè siècle à des établissements laïcs analogues, le mot est alors un quasi synonyme d'*hospices*[6]. Depuis le début du XIXè siècle, *hôpital* est usuel pour désigner un établissement public recevant et traitant des personnes nécessitant des soins pendant un temps relativement limité. Aujourd'hui, le mot hôpital recouvre parfois l'ensemble des établissements d'hospitalisation, parfois il se limite aux établissements publics, parfois encore aux établissements sous dotation globale. On entend parler tour à tour d'hôpital, de clinique, d'établissement de soins, d'établissement de santé, de centre hospitalier, ou d'établissement d'hospitalisation. Le terme *hôpital* fait référence à différentes entités selon leur nature juridique mais aussi selon les finalités qui leur sont assignées. Passer des terminologies *établissement d'hospitalisation*[7] à *établissement de santé*[8] en passant par *établissement de soins*[9] n'est pas neutre et renvoie alors à la nature des missions de l'hôpital. D'une mission originelle d'hospitalisation, l'hôpital se voit aujourd'hui attribué une mission d'amélioration de la santé de la population. La légitimité de son activité est alors beaucoup plus diffuse et beaucoup plus complexe à justifier.

[6] Rey A. (sous la direction de), *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 1993.
[7] Loi 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
[8] Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
[9] Loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

1. PROBLEMATIQUE

La réponse des pouvoirs publics à la crise de légitimité que connaît l'hôpital se traduit par la définition de nouvelles règles du jeu avec la loi portant réforme de l'hospitalisation de 1991 et les ordonnances de 1996, nouvelles règles du jeu associées à la problématique de la performance des établissements. La performance et la légitimité de l'activité hospitalière se trouvent alors intimement liées, dans la mesure ou l'amélioration de la performance de l'activité doit contribuer à la légitimité de cette activité.

Ces nouvelles règles du jeu conduisent à rapprocher la population du processus de définition des orientations de l'activité hospitalière et à développer une forme de *démocratie sanitaire* de manière concomitante à l'émergence du droit des patients et à la participation des usagers au système de santé. Cette tendance est largement confortée par le projet de loi sociale déposé à l'Assemblée Nationale le 5 septembre 2001 relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ce projet vise à démocratiser le fonctionnement du système de santé et à améliorer sa qualité. Il complète les réformes intervenues récemment dans ce domaine : renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire, lutte contre les exclusions, couverture maladie universelle et droit des personnes malades. Ces nouvelles règles du jeu visent de plus à donner plus d'autonomie aux établissements dans la gestion de leur activité en passant d'une logique de moyens à une logique de résultats dont le contrat d'objectifs et de moyens est l'expression. Ce changement de logique est conforté par la nouvelle loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001, qui traduit la volonté actuelle de réforme de l'administration publique : *« doté d'une enveloppe globale et en grande partie fongible, le gestionnaire public disposera de marges de manœuvre accrues. En contrepartie, il devra s'engager sur des objectifs précis et des résultats mesurables et rendre compte de la manière dont ceux-ci ont été atteints*[10] *»*.

Par-delà les critiques que l'on peut formuler sur la mise en œuvre de telle ou telle réforme, tout l'appareil réformateur s'est centré précisément sur la recherche d'une vision partagée de la performance en mettant en place des mécanismes de rencontres entre les acteurs et de consultations des parties prenantes. Cependant les acteurs de la réforme vont difficilement jusqu'au bout de cette logique, non conscients de la nécessité d'investir à tous les échelons macro, méso et micro économique le champ des fondements de la performance en même temps qu'ils se saisissent de la mesure de la performance.

C'est pourquoi, au-delà des mécanismes de régulation de l'activité, la problématique de la performance hospitalière nécessite de s'interroger sur la signification de ce terme. Les nouvelles contraintes financières introduites par le mécanisme du budget global (loi hospitalière de 1991) et la volonté affichée par les pouvoirs publics de recomposer l'offre de soins (ordonnances de 1996 et SROS – Schéma Régional d'Organisation Sanitaire - dit

[10] Travaux préparatoires à la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances.

de seconde génération) ont marqué la fin d'une approche strictement médicale de la performance par une diversification des instruments de gestion. Selon les travaux du GRIS[11], la notion de performance hospitalière a ainsi évolué en faveur d'une recherche d'efficience, concept qui réunit la poursuite de l'efficacité clinique et la recherche d'une rentabilité économique (Flood[12]). Toujours selon le GRIS, la dimension économique, auparavant subordonnée aux impératifs cliniques, semble maintenant occuper une place prépondérante. Nombreux sont ceux qui estiment qu'on assiste vraisemblablement à un déséquilibre accentuant la primauté des contraintes économiques sur l'atteinte des objectifs cliniques centrés sur l'amélioration de la santé individuelle et populationnelle[13] [14] [15].

Parfois présentée comme la recherche d'efficience économique (modèle dominant de la performance à l'heure actuelle pour les professionnels du secteur), elle revêt aussi des dimensions de qualité des soins, et de participation au développement économique d'une commune et d'une région. Par conséquent, la performance est multidimensionnelle et est appréciée différemment selon les acteurs et selon aussi l'évolution de l'environnement de l'hôpital. C'est pourquoi interroger la performance est le moyen aujourd'hui, volontairement ou involontairement, implicitement ou explicitement, de réfléchir aux objectifs que se fixe notre société, et aux axes prioritaires de la performance qui en découlent. Interroger la performance hospitalière est le moyen aujourd'hui de réfléchir à la contribution du système hospitalier à la performance du système de santé, de mettre à plat les présupposés et les concepts, pour se soustraire à la continuité historique, aux effets d'hystérésis et aux effets de cliquet.

1.1. DE NOUVEAUX FONDEMENTS DE LA PERFORMANCE

À partir des années 1970, on assiste dans les établissements de soins à une explosion du plateau technique qui participe d'une dissémination des médecins dans de multiples structures[16]. Le paysage hospitalier français comporte environ deux fois plus d'établissements de soins (4203 établissements en 1998) que le secteur hospitalier allemand (2263 établissements en 1998[17]). Ceci s'explique notamment par le fait que le découpage territorial est basé sur un nombre important de communes en France, communes qui ont toutes revendiqué leur hôpital. Ceci pose alors la question des

[11] GRIS, « Evaluation de la performance hospitalière : Elaboration d'un modèle multidimensionnel », *Protocole de recherche soumis au PHRC*, 1998, 15 p.

[12] Flood A.B., Shortell S.M., Scott W.R., « Organizational Performance : Managing for Efficiency and Effectiveness », in Shortell S.M., Kaluzny A.D., *Health Care Management Organization, Design and Behavior* (3è Edition), Health Administration Press, 1994, pp. 316-351.

[13] Flood A.B., Shortell S.M., Kaluzny A.D., 1994, op. cit.

[14] Morey R.C., « The Trade-off between Hospital Cost and Quality of Care », *Medical Care*, vol. 30, n° 8, 1992, pp. 677-698.

[15] Kimberly J.R., Minvielle E., « Qualité des soins et utilisation des ressources à l'hôpital », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 2, 1991, pp. 79-94.

[16] Contandriopoulos A.-P., Souteyrand Y., (dir.), *L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins*, John Libbey Eurotext, Paris, 1996, 317p.

[17] European Union of Independant Hospitals, *Private Hospital Care in Europe*, UEHP édition, 2001, 150p.

déterminants de la distribution des établissements sur un territoire. Si le facteur déterminant est l'aménagement du territoire, alors le nombre relativement élevé d'établissements est légitime. Mais si la priorité est à la recherche d'optimisation du plateau technique et à la rationalisation des dépenses, on ne peut plus alors penser la distribution des hôpitaux par rapport aux communes.

Les premiers défis auxquels ont dû faire face les hôpitaux, relevant de sa qualité de service public, se sont exprimés suite à la création de la sécurité sociale en 1945 par une recherche de proximité, d'égalité d'accès pour tous, et de prise en charge de masse et indifférenciée. Aujourd'hui, bien que toujours présents, ces défis s'effacent derrière d'autres défis, dont la prégnance résulte de l'évolution de l'environnement de l'hôpital.

- De la nécessaire différenciation et spécialisation des disciplines médicales au besoin de décloisonner les hôpitaux. Le secteur sanitaire est confronté au même type d'évolution de l'offre de biens et services que les autres secteurs : nous observons un phénomène de diversification de l'offre de soins et un phénomène de différenciation qui engendrent un éclatement spatial et temporel de l'offre et une spécialisation très forte des professionnels. Dans cette offre de soins, on demande aux patients de coordonner des actions que les professionnels eux-mêmes ne parviennent plus à coordonner, la spécialisation des professionnels de santé conduisant à un éclatement des savoirs et des savoir-faire. Ceci impose aux établissements de coopérer entre eux, d'ouvrir leurs « murs »[18] et de développer d'autres formes de prise en charge par la mise en place d'une organisation réticulaire.

- De la nécessité d'offrir une gamme complète de soins au besoin de sécurité maximale de chaque prise en charge. Le fonctionnement de l'hôpital a longtemps reposé sur la logique d'une offre complète de soins dans chaque établissement. Chaque établissement recherche alors à développer toutes les spécialités en son sein. Or, la spécialisation des professionnels et la technicisation de la prise en charge conduisent aujourd'hui à une logique de recentrage de l'activité pour améliorer la qualité et réduire les risques de la prise en charge. L'hôpital passe d'une logique d'hospices qui prend tout en charge à une logique stratégique de choix de segments d'activité.

- De la nécessaire proximité de l'hôpital au besoin de taille critique. Le fonctionnement de l'hôpital a longtemps reposé sur la logique de la proximité géographique des établissements. Or, les coûts de plus en plus élevés des plateaux techniques couplés au développement des infrastructures routières et des moyens de transport conduisent à une concentration de l'activité sur quelques pôles pour atteindre une taille critique « d'excellence ». Aujourd'hui ont lieu de nombreux débats sur le critère prégnant en termes de performance : est-ce la proximité ou est-ce la taille critique ? Et si c'est la taille critique, comment la définit-on ? Ainsi le deuxième livre blanc édité par

[18] Claveranne J.-P., Képénékian G., Montégu D., « L'hôpital médiconomique intégré », in Claveranne J.-P., Lardy C., (coord.), *La santé demain : vers un système de soins sans murs*, Economica, 1999, 298p.

l'association des petites villes de France[19] avance-t-il des arguments pour la défense des hôpitaux de proximité et contre des études qui instruisent leur procès : *« il convient donc de faire de l'accessibilité aux soins une priorité systématique des SROS (…). L'association renouvelle son scepticisme et appelle à la suppression de ce couperet technocratique qui ne repose sur aucune étude scientifique pour justifier le chiffre de 300 accouchements »*. Cette absence de vision partagée sur les lieux d'implantation et la taille des établissements neutralise la modernisation de l'hôpital.

- De la nécessité de créer des structures d'hospitalisation au besoin de trouver des alternatives à l'hospitalisation. Les progrès de la médecine, l'allégement continu des conséquences des traitements médicaux et chirurgicaux conduisent d'une part à réduire les durées de séjour dans les établissements de soins, et d'autre part à rechercher des alternatives à l'hospitalisation.

- De la nécessité de prendre en charge des pathologies au besoin de prendre en charge les individus. La « normalité accrue du pathologique », qui s'opère aujourd'hui du fait de la part croissante des pathologies chroniques nécessitant des épisodes réguliers de soins, conduit les individus à rechercher les mêmes droits au sein de l'hôpital qu'à l'extérieur, d'une part, et à attendre de l'hôpital qu'il ne les coupe pas de leur environnement économique et social lors des phases de soins, d'autre part. L'hôpital n'a plus pour mission d'isoler les malades pour protéger le reste de la population, mais au contraire de les aider à continuer à faire partie de la vie économique et sociale, tout en prenant en charge leur pathologie.

L'hôpital est soumis à de nombreuses contraintes issues de ces défis, contraintes inhérentes à son rôle économique et social, d'une part, aux caractéristiques de son activité et aux évolutions que celle-ci intègre, d'autre part. Ainsi l'hôpital se situe-t-il au carrefour : des logiques de service public, donc des mécanismes de redistribution et de couverture sociale avec tous les enjeux démocratiques et symboliques que cela comporte ; des procédures de recrutement et de financement propres aux établissements publics et assimilés ; des logiques d'innovation et d'intégration des technologies qui évoluent rapidement ; des logiques de comportements professionnels caractérisées par les *théories de l'agence ;* des logiques de rapport au corps et à la mort où la notion d'éthique intervient dans ses dimensions philosophiques et juridiques. L'hôpital se trouve alors dans la recherche d'une combinaison de ces différentes contraintes, contraintes qui évoluent et qui exercent des tensions de sens contraires sur son activité.

Au carrefour de ces contraintes, la performance de l'hôpital est aujourd'hui largement questionnée. Cette performance repose sur la capacité de l'hôpital à les combiner. Cependant, malgré l'existence d'un relatif consensus sur les lacunes actuelles de la réponse hospitalière à ces défis, malgré un réel engagement des acteurs dans la recherche d'amélioration de cette réponse, et malgré les réformes de l'hospitalisation mises en œuvre par les pouvoirs publics afin d'orienter l'activité hospitalière dans le sens souhaité,

[19] Association des petites villes de France, *Deuxième livre blanc : défendre les hôpitaux de proximité*, Edition APVF, juin 2001, 32p.

il apparaît que l'hôpital, quand il se modernise, le fait avec beaucoup de difficultés. Et cette difficulté est due, selon nous, au manque de vision partagée des acteurs du système hospitalier sur le contenu de sa performance, manque de vision partagée que l'hétérogénéité du secteur hospitalier n'aide pas à combler.

1.2. UNE HOMOGENEITE DU SECTEUR HOSPITALIER QUI N'EST QU'APPARENTE

Les organisations du domaine de la santé sont de tailles et de statuts juridiques variables. Elles vont du cabinet privé jusqu'aux grands hôpitaux universitaires et aux entreprises industrielles pharmaceutiques. Le champ hospitalier se définit par l'ensemble des établissements hospitaliers qui le composent. Cependant, le périmètre de l'organisation hospitalière ne se réduit pas aux seuls établissements d'hospitalisation dans la mesure où d'autres institutions interviennent dans l'organisation hospitalière. Nous présentons dans le schéma suivant les principales constituantes du secteur hospitalier.

<table>
<tr><td colspan="8">Parlement (vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale dont ONDAM)</td></tr>
<tr><td colspan="8">DHOS/ANAES</td></tr>
<tr><td colspan="8">ARH (CRAM, DRASS, DDASS)</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Partage du champ selon la catégorie d'établissement</td><td colspan="4" rowspan="2">Etablissements publics de santé</td><td colspan="2">Etablissements de santé privés</td></tr>
<tr><td>Etablissements de santé privés sous dotation globale (PSPH)</td><td>Etablissements privés sous OQN (objectif quantifié national)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Centres hospitaliers régionaux</td><td rowspan="4">Centres hospitaliers</td><td rowspan="4">Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie</td><td rowspan="4">Hôpitaux locaux</td><td colspan="2">Etablissements de soins de courte durée</td></tr>
<tr><td colspan="2">Etablissements de soins de suite et de réadaptation</td></tr>
<tr><td colspan="2">Etablissements de lutte contre les maladies mentales, les toxicomanies et l'alcoolisme</td></tr>
<tr><td colspan="2">Etablissement de traitement et soins à domicile et de dyalise ambulatoire</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Partage du champ selon le statut juridique</td><td colspan="4">Droit public</td><td colspan="2">Droit privé</td></tr>
<tr><td colspan="6">Secteur non lucratif</td><td>Secteur lucratif</td></tr>
<tr><td>Partage du champ selon le mode de fixation des ressources</td><td colspan="5">Dotation globale annuelle
(fixée dans le cadre d'un budget autorisé par l'ARH)</td><td>Tarif des prestations
(fixé par l'ARH)</td></tr>
</table>

Le Parlement intervient dans l'organisation hospitalière par le vote du projet de loi de finance des dépenses d'assurance maladie et notamment l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) qui constitue une contrainte pour l'ensemble des établissements hospitaliers. Cet objectif constitue l'enveloppe globale nationale de dépenses et définit les dépenses propres à l'hospitalisation. La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) décline les priorités de santé publique en priorités pour le secteur hospitalier qui sont ensuite traduites par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) au niveau régional. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) est en charge d'assurer la mise en place de procédures d'évaluation des pratiques professionnelles, médicales et

organisationnelles afin de garantir un minimum de risque de défaillance de la prise en charge et de promouvoir la qualité des soins dans les établissements d'hospitalisation.

L'ensemble des établissements de santé est composé des établissements publics et des établissements privés. Selon que l'on adopte une typologie par mode de financement ou par catégorie juridique, le secteur de l'hospitalisation privée Participant au Service Public Hospitalier (PSPH) est tour à tour considéré comme rattachés aux établissements publics (mécanisme de financement par dotation globale identique aux établissements publics) ou appartenant aux établissements privés (personnes morales de droit privé). Le statut des établissements PSPH est quelque peu ambigu et il est d'ailleurs étonnant de constater que pour les Caisses Régionales d'Assurance Maladies (CRAM), les établissements privés PSPH relèvent du public et que pour les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), ils relèvent du privé. Une première distinction est faite entre ce qui relève donc du privé et ce qui relève du public. En ce qui nous concerne nous retiendrons conventionnellement le terme *hôpital* pour qualifier les établissements publics et PSPH et le terme *clinique* pour qualifier les établissements privés à but lucratif. Nous devons souligner qu'il existe des établissements privés sans but lucratif mais ne participant pas au service public hospitalier, c'est-à-dire n'étant pas soumis au financement par dotation globale. Cependant ces établissements constituent 5 % du nombre de lits total français et ce pourcentage diminue chaque année[20]. Nous les intégrons donc à l'ensemble des cliniques même si ceux-ci ne sont pas à but lucratif.

Les établissements des secteurs public et privé sont aussi classés selon leur spécialité : ainsi on distingue les établissements généraux de médecine, chirurgie et obstétrique (dits établissements MCO) et les établissements psychiatriques (dits établissements spécialisés). Les établissements de court séjour assurent les soins des malades lors de la phase aiguë de leur pathologie ce qui correspond à une période relativement courte. Les établissements de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) assurent les traitements continus après la phase aiguë en vue d'une réinsertion sociale des malades capables de retrouver une vie autonome. Les établissements de long séjour sont destinés à l'hébergement des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des traitements d'entretien. Nombre d'établissements de long séjour sont d'anciens hospices qui ont été modernisés pour répondre aux normes d'humanisation. Les hôpitaux du secteur public comprennent des établissements de taille variable allant des Centres Hospitaliers Régionaux (de plusieurs centaines de lits) aux hôpitaux locaux (de quelques dizaines de lits en moyenne).

Les établissements hospitaliers, au nombre de 4203 en France en 1998, se partagent entre le secteur public (1058 établissements publics de santé, 792 établissements privés participant au service public hospitalier) et le secteur privé (2353 établissements privés sous Objectif Quantifié National, dont 930 petites structures dédiées à la prise en charge avec ou sans appareil hors hospitalisation)[21].

---

[20] Duriez M., Lancry P.-J., Lequet-Slama D. et al., *Le système de santé en France*, Presses Universitaires de France, coll. Que sais-je ?, 1996, 127p. ; p. 49.

[21] Ministère de l'emploi et de la solidarité, *Chiffres repères sur l'hôpital*, DREES, 1999.

Au 31 décembre 1998[22], les établissements de santé offraient 492 042 lits d'hospitalisation complète, 103 097 places d'hébergement, 38 040 places en hospitalisation de jour ou de nuit et 7 061 places d'anesthésie ou chirurgies ambulatoires, ceci pour un montant total de dépenses de 359 milliards de francs soit 48,5 % des dépenses totales de santé. Le secteur public représente à lui seul 279,4 milliards de francs de dépenses soit 77,8 % des dépenses hospitalières. En hospitalisation complète, près de 147 millions de journées ont été réalisées au cours de l'année 1998 pour 13,5 millions d'entrées, soit une durée moyenne de séjour de 10,7 jours.

Les alternatives à l'hospitalisation ont permis d'accueillir environ 8,5 millions de patients en hospitalisation partielle et 2,1 millions en anesthésie et chirurgie ambulatoires, essentiellement dans le privé. 17 millions de journées ont également été prises en charge en hospitalisation à domicile. Enfin, en ambulatoire ont été réalisées près de 10,1 millions de séances de traitements ou de cures (y compris les séances de chimiothérapie), plus de 3,5 millions de séances d'hémodialyse et un peu plus de 55 millions de consultations externes. Par ailleurs, des spécificités liées à certaines activités existent : l'hébergement médico-social présent dans les établissements publics, l'anesthésie et la chirurgie ambulatoires prédominantes dans le privé sous OQN, les consultations externes essentiellement dispensées en établissements publics.

Chaque jour en moyenne, plus de 280 000 personnes sont accueillies à l'hôpital ou en cliniques privées pour des prises en charge diversifiées : une urgence, une hospitalisation programmée, un traitement en alternative à l'hospitalisation, une consultation externe ou une exploration complémentaire. Près de 220 000 (soit 78 %) de ces prises en charge de nature très diverses, se déroulent en établissements publics de santé et 255 000 (soit 90 %) dans l'ensemble du secteur public sous dotation globale.

Les établissements de santé emploient près de 1,1 million de personnes : 158 638 médecins praticiens à temps plein et à temps partiel, internes, faisant fonction d'internes et diplômés inter-universitaires de spécialité, et 939 563 personnels non médicaux soit 865 572 en équivalents temps plein, dont près de 70 % travaillent dans les services de soins.

Le nombre de médecins a progressé globalement d'environ 1 à 2 % par an au cours des quatre dernières années, cette augmentation provenant notamment de l'augmentation du nombre de praticiens à temps partiel. L'effectif global de personnel non médical a poursuivi une légère progression sur la dernière période (entre 0,3 % et 0,9 % par an) et en particulier celui du personnel administratif, des infirmiers et du personnel médico-technique ; on observe cependant une diminution du nombre des agents des services hospitaliers et du personnel technique. Pendant cette même période, la population totale a augmenté de 0,44 %.

[22] 1998 constitue l'année la plus récente d'obtention de l'ensemble des données présentées dans ce paragraphe. Nous avons accès aujourd'hui à certaines informations sur 1999 mais pas à toutes. Par conséquent, par souci d'homogénéité, nous avons gardé l'ensemble des informations pour 1998.

Si l'on ajoute au personnel des établissements de santé les personnels des administrations de la santé, l'organisation hospitalière regroupe un nombre important d'individus, tour à tour citoyens, usagers, employés, financeurs du système hospitalier. C'est pourquoi, au-delà des établissements de santé, le périmètre de l'organisation hospitalière est difficilement saisissable. En effet, si l'on cherche à intégrer toutes les parties prenantes à l'organisation hospitalière quel que soit leur degré d'implication, on peut alors y intégrer les facultés de médecine qui forment les praticiens, la médecine de ville qui oriente les patients vers les établissements, l'ensemble des fournisseurs d'équipements, de matériels médicaux et de médicaments, les associations qui développent des activités pour les patients hospitalisés… L'organisation hospitalière dépasse alors largement le cadre du schéma présenté plus haut.

Par ailleurs, la pluralité des entités constitutives, la variabilité des modalités et degrés d'intervention de celles-ci dans le temps et dans l'espace, l'importance du nombre de personnes concernées par le secteur conduisent à une hétérogénéité très forte du secteur hospitalier. Hétérogénéité qui s'exprime dans les logiques professionnelles, dans les pratiques médicales et soignantes mais aussi dans les pratiques de gestion locales, régionales ou nationales. Cette hétérogénéité est l'une des raisons de la complexité de la recherche sur le secteur sanitaire et de la difficulté de traiter le système dans son ensemble dans un tel travail. Cependant, quelle que soit la taille et la nature des établissements de santé, la question de la vision partagée se pose à tous.

1.3. DES CONSTATS ISSUS DE NOS OBSERVATIONS AUX HYPOTHESES DE RECHERCHE

La loi portant réforme hospitalière de 1991 appuyée par les ordonnances de 1996 cherche à rapprocher les établissements privés de l'offre hospitalière publique. Ce mouvement consacre le fait que le service public n'est pas l'apanage des établissements publics. L'action publique de l'hôpital doit donc faire elle aussi la preuve de sa légitimité pour répondre aux besoins de santé. Il n'est plus aujourd'hui si « naturel » que les services publics relèvent de l'action publique. La question de la légitimité de l'hôpital est alors directement associée à la question de l'action publique dans son ensemble et des orientations futures de celle-ci. Les mouvements de libéralisation qui affectent des secteurs relevant auparavant exclusivement des attributions de l'État tels que les réseaux de télécommunications et les réseaux électriques touchent aujourd'hui de plein fouet les établissements publics hospitaliers. L'émergence de la concurrence européenne, la volonté affichée des compagnies d'assurance d'offrir des systèmes d'assurance maladie privés font tendre notre système de santé vers d'autres modes d'organisation où l'hôpital, ou plutôt, les divers hôpitaux doivent trouver leur place, donc leur légitimité d'action, ce qui nécessite un repositionnement de leur performance.

Notre **premier constat** est que les difficultés des hôpitaux à améliorer leur performance témoignent d'une perte de sens dans les stratégies et les gestions mises en œuvre à

l'hôpital. Les réformes de l'hospitalisation mises en œuvre pour moderniser l'hôpital n'ont pas affecté les fondements de la régulation hospitalière. La modernisation a touché l'organisation de la régulation, la modernisation a touché *le comment*, mais il apparaît que la modernisation n'a pas affecté *le pourquoi*. L'hôpital est aujourd'hui à la recherche du sens de son activité pour se moderniser. L'hôpital doit construire ses nouveaux critères de performance, mais cette évolution est obérée par le manque de vision partagée des acteurs sur les critères de performance à retenir.

Notre **deuxième constat** a trait aux caractéristiques de la performance. La performance hospitalière est multidimensionnelle et s'exprime différemment selon l'échelle d'appréciation retenue, mais aussi selon les acteurs. Cette performance est alors évaluée par chacun comme un différentiel entre des attentes sociales et un réalisé. La performance est un construit social à définir et redéfinir régulièrement, construit social qui repose sur une vision partagée des attentes sociales et du réalisé issu de la mise en œuvre des objectifs.

Partant de ces constats, notre **problématique** de recherche s'est orientée vers la performance hospitalière et plus spécifiquement vers le contexte de la performance hospitalière, ses fondements et ses conditions de réalisation. L'hôpital est en chantier et ce chantier de la performance nécessite de s'interroger sur la portée théorique et opérationnelle de ce concept.

Notre **première hypothèse** est que la performance hospitalière réside aujourd'hui dans la construction d'une vision partagée entre les acteurs. Avant de s'interroger sur les modalités d'évaluation de la performance, il faut s'assurer que les acteurs partagent la même vision de celle-ci. Les réformes mises en place dans les années 1990 abondent dans cette recherche de vision partagée en établissant des points de rencontre entre les acteurs pour qu'ils échangent sur leurs univers respectifs et parviennent à partager leurs points de vue. Ainsi, la contractualisation entre l'ARH et les établissements, sur la base du projet d'établissement, a pour objet de faire partager à ces deux acteurs institutionnels leur vision de l'activité de l'établissement. De même, la mise en place des conférences sanitaires de secteurs procède d'une volonté de faire communiquer les différents directeurs d'établissement sur l'évolution de l'offre de soins de chaque secteur. La performance de l'organisation hospitalière s'appréhende sur plusieurs dimensions et à plusieurs niveaux qui ne peuvent tous être satisfaits en même temps. En conséquence, l'amélioration de la performance requiert une pondération des dimensions dans le temps et l'espace. L'amélioration de la performance repose sur la capacité de l'organisation à hiérarchiser les critères de performance et à faire accepter cette hiérarchisation par l'ensemble des acteurs concernés.

Notre **deuxième hypothèse** se formule alors ainsi : l'hôpital ne peut améliorer sa performance tant qu'il reste administré et non géré. Cette performance nécessite l'engagement d'un processus de gestion finalisé par la recherche d'une vision partagée des acteurs concernés localement et régionalement. La conjugaison des différentes dimensions locales de la performance doit alors provenir des établissements eux-mêmes pour que les acteurs acceptent les contraintes que cela engendre en contrepartie sur leur

activité. La performance se construit localement en travaillant sur le *pourquoi* et les attentes réciproques des parties prenantes. Selon cette condition, la recherche de performance constitue aujourd'hui le levier d'action de la recherche de légitimation de l'offre de soins hospitalière.

Repenser la performance de l'hôpital au niveau de l'hôpital implique alors de s'interroger sur la performance elle-même et le contexte d'émergence de ce mot. La performance apparaît manifestement en réponse à la crise de légitimité sociale que connaît l'action publique et privée. En réponse à ceci, l'État a défini de nouveaux modes de régulation qu'il s'agisse de la régionalisation, négociation et contractualisation pour la définition des priorités de santé publique et des objectifs des établissements de soins, ou qu'il s'agisse des nouveaux instruments mis en œuvre pour évaluer l'activité hospitalière. Les parties prenantes au système hospitalier répondent, elles, à cette recherche étatique de performance, par une appropriation des instruments mis en place, appropriation qui revêt alors des formes multiples, parfois contradictoires avec les objectifs initiaux des instruments. Les parties prenantes répondent en passant au crible de leurs propres référentiels de performance les instruments de régulation qui leur sont prescrits.

Dans un tel contexte, il nous faut alors définir les méta-dimensions de la performance, communes à l'ensemble des établissements publics de soins, c'est-à-dire les vecteurs actuels de la légitimité de son action. La première méta-dimension pour les hôpitaux est de ne plus se penser comme des entités distinctes et indépendantes les unes des autres, mais comme des entités insérées dans un système en fortes interdépendances et interrelations dont les finalités doivent converger vers les finalités du système de santé dans son ensemble, car l'hôpital est, rappelons-le, un des facteurs d'amélioration de la santé de la population mais il n'en représente que 18 % selon l'Organisation Mondiale de la Santé. Nous nommons cette dimension, *performance verticale,* dimension qui représente l'inscription du local dans le global. La deuxième méta-dimension de la performance est d'identifier l'objet de la prise en charge pour répondre à ses attentes. Cette dimension constitue pour nous la *performance latérale* au sens où elle fait référence à la légitimité de l'offre de soins des hôpitaux sur l'ensemble du territoire, légitimité pour les individus qui sont tour à tour des citoyens, des financeurs, des usagers, des patients et des clients. La montée du consumérisme confronte les établissements de soins à des exigences accrues qui se diversifient. L'hôpital ne peut plus répondre seul à l'ensemble des besoins exprimés par les patients. L'organisation de l'offre hospitalière en réseau constitue alors la troisième méta-dimension de la performance de l'hôpital. Cette troisième dimension constitue pour nous la *performance horizontale* au sens où elle fait référence à la coordination des acteurs au niveau local.

La recherche de satisfaction de ces méta-dimensions de la performance de l'offre de soins hospitalière requiert de passer en revue les référentiels de performance existants dans le secteur hospitalier et décrits par la littérature. Ceci nous conduit à appréhender la performance comme un construit social qui repose sur la nécessaire pondération des différents critères de performance en présence. Chaque partie prenante a ses propres attentes vis-à-vis de l'institution hospitalière, attentes qui se commuent alors en référentiels plus ou moins explicites d'appréciation de la performance. La prise en compte

des différents critères en présence par les différents acteurs constitue un des leviers d'articulation des différentes contraintes de l'hôpital pour rechercher un équilibre entre les attentes sociales et le réalisé, non comme un optimum statique mais comme un compromis sans cesse interpellé, remis en cause régulièrement, toujours en chantier parce que toujours en devenir.

Pour interroger la performance hospitalière, nous nous sommes positionnée au niveau de l'hôpital et avons mené trois études approfondies dans trois établissements distincts. Nous avons cherché à identifier les formes de réponses émergentes à la recherche de performance dans ces établissements de soins. La recherche de performance est associée dans ces trois cas à la capacité de l'organisation à fédérer les acteurs sur une vision partagée des enjeux de cette amélioration, mais aussi des diagnostics réalisés et enfin des priorités définies. Ces trois éléments constituent le sens de la performance. Sans vision partagée sur le sens de la performance, chaque tentative de changement achoppe sur les freins puissants que mettent en place l'ensemble des acteurs dès que celui-ci affecte négativement l'un de leurs critères de performance.

Nous avons centré nos études sur les établissements de santé publics et PSPH généraux de court séjour car ceux-ci sont au cœur des problématiques hospitalières de par l'importance relative de leur activité (90 % des entrées quotidiennes). Nous ne traiterons des établissements privés à but lucratif de court séjour que pour les besoins d'illustration et de démonstration de nos travaux.

2. METHODOLOGIE

Du fait de notre problématique de recherche, notre méthodologie de recherche s'est construite sur la base de la recherche-action telle que présentée par K. Lewin, avec une volonté de prendre en compte la complexité sociale et la nécessité de l'expérimentation du domaine social : *« la variété des faits que le psychosociologue doit traiter peut sembler réellement effrayante même pour un esprit scientifique audacieux. Ils comprennent des valeurs (valeurs religieuses et morales), des idéologies (conservatisme et communisme) ; le style de vie et de le mode de pensée ainsi que les autres faits culturels. Ils comprennent des problèmes sociologiques, par exemple, les problèmes des groupes et de structure de groupes, leur degré de hiérarchisation et leur type d'organisation, ou encore des problèmes tels que la différence entre une communauté urbaine ou rurale, leur rigidité ou leur fluidité, leur degré de différenciation… Ils comprennent aussi des problèmes dits psychologiques tels que l'intelligence d'une personne, ses buts et ses peurs, sa personnalité. Ils comprennent encore des faits physiologiques tels que la santé ou la maladie de la personne, sa force physique ou sa faiblesse, la couleur de ses cheveux et de sa peau. Ils comprennent enfin des faits physiques, tels que la taille du lieu où une personne ou un groupe se trouve*[23] *»*.

La performance hospitalière fait l'objet de nombreuses modélisations, mais nous souhaitions non pas nous situer au niveau du régulateur national de l'activité hospitalière mais au niveau local du décideur hospitalier, chargé de mettre en œuvre les directives nationales et régionales dans un environnement social fortement complexe. Le seul moyen fut alors pour nous d'abandonner toute démarche quantitative à grande échelle et de travailler sur plusieurs situations locales approfondies.

Par conséquent, nous ne prétendons pas à une généralisation à l'ensemble des établissements de nos propos, mais simplement à formuler la *logique des choses*[24] de l'activité quotidienne hospitalière que nous avons étudiée. Plus que par une classification de notre méthodologie dans l'une ou l'autre des méthodes de recherche, nous cherchons ici à retracer les constantes dans notre manière d'appréhender le réel observé, constantes issues de nos propres sensibilités logiques. Nous dégageons des difficultés rencontrées tout au long de ce processus, des enseignements sur le mode de collecte des données et l'utilisation de celles-ci à des fins explicatives et diffusables.

Nous présentons ici notre positionnement méthodologique ainsi que les différents instruments de collecte et de traitement des données issues de notre recherche-action. Nous avons en effet eu recours à une pluralité d'approches, à la fois macro et microéconomique, sectorielle et organisationnelle. *« La diversité des recherches en gestion résulte de la nature même de la*

[23] Lewin K., cité in Liu M., *Fondements et pratiques de la recherche-action*, L'Harmattan, 1997, 350p. ; p. 23.
[24] Aristote, « *il ne faut pas confondre la logique des choses et les choses de la logique* ».

gestion en tant que domaine de connaissances. La gestion se situe, en effet, à un carrefour de disciplines scientifiques, certaines fortement conceptualisées et théorisées, d'autres à peine explorées (…). Nier la nécessaire variété des démarches de recherche en gestion, ce serait nier la pluridisciplinarité de la gestion elle-même[25] *»*. Nous avons donc mobilisé divers instruments de recherche. Mais, si les instruments de recherche utilisés sont variés, les fondements de notre recherche, eux, répondent à une conception constructiviste et non positive des sciences de gestion. Nous exposons les fondements de notre recherche dans une première section. La deuxième section présente les modes de collecte des informations sur le terrain. Puis nous traitons du double objet de l'épistémologie selon G. Fourez[26] dans les troisième et quatrième sections : la manière dont les savoirs humains se structurent et les conditions de validité de ce savoir.

2.1. FONDEMENTS EPISTEMOLOGIQUES : RECHERCHE-ACTION ET CONSTRUIT SOCIAL

Le choix de réaliser notre recherche au sein du laboratoire de recherche GRAPHOS[27] résulte de notre conception de la recherche en sciences de gestion. La notion de terrain était fondamentale pour nous. Nous voulions nous confronter, voire nous immerger dans le milieu professionnel de notre recherche pour tenter d'en comprendre les logiques, car tant le vocabulaire médical que les flux entre les entités de l'organisation nous étaient parfaitement étrangers. Certes, il ne faut pas confondre le travail d'acteur et le travail de chercheur, mais on ne peut réellement « rentrer » dans une organisation, et dans une organisation hospitalière *a fortiori*, si on n'est pas acteur de cette organisation. Le travail d'acteur est un moyen d'observer d'autres acteurs en situation, de rassembler du matériau et d'analyser en groupe le propre fonctionnement des uns et des autres. Ce n'est que dans un deuxième temps que ce travail d'acteur distancié peut devenir un travail de recherche car les temps ne se superposent pas. L'acteur est dans l'immédiateté, dans la recherche de résultat, dans la recherche de leviers d'action, dans *« le bruit, le sang et la sueur »*. Le chercheur doit prendre sa distance et prendre du temps pour essayer derrière le *« bruit »* de trouver du sens, derrière *« le sang et la sueur »* de déceler les logiques cachées. La question incessante qui a accompagné nos travaux de recherche est alors : est-ce que ce que je dis donne un moyen d'action ?

C'est pourquoi nous nous appuyons sur le cadre épistémologique présenté par A. David[28] dont nous retenons les points essentiels suivants :

- Prendre en compte la complexité de la réalité sociale. Cette complexité sociale ne peut s'appréhender sans une immersion dans les organisations. Cette complexité ne peut s'étudier de manière externe.

[25] Pras B., Tarondeau, « Typologies de la recherche en gestion », *Enseignement et Gestion*, n° 9, 1980, p. 10.
[26] Fourez G., *La construction des sciences : introduction à la philosophie et à l'éthique des sciences*, Edition Universitaire, Bruxelles, 1988, 235p.
[27] Groupe de Recherche Appliquée aux Pratiques Hospitalières et aux Organisations de Santé, UMR CNRS 58 23.
[28] David A., « Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion », *Conférence Association Internationale de Management Stratégique*, mai 1999.

- Prendre en compte le fait que l'on travaille sur des représentations multiples de la réalité sociale. Chaque acteur a sa propre représentation de la réalité sociale et chacune de ces représentations a une certaine légitimité du fait de son existence même. Par conséquent, chacune doit être questionnée le plus finement possible.
- Prendre en compte l'interaction entre le chercheur et les professionnels dans le processus de recherche.
- Prendre en compte le fait que les sciences de gestion sont au service des organisations. Les sciences de gestion doivent par conséquent répondre aux besoins des organisations. Pour nous, *recherche* et *action* sont deux facettes indissociables et d'égale importance.

Notre activité au sein de ce laboratoire tout au long des trois années de notre thèse s'est répartie en trois axes principaux : l'enseignement, le terrain et la capitalisation des connaissances.

L'enseignement

En tant que Moniteur à l'Université Lyon III nous avions une charge annuelle d'enseignement de 64 heures équivalent Travaux Dirigés. Cette activité s'est réalisée au sein de l'IFROSS (Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales et leurs réseaux), institut de formation continue s'adressant à des professionnels de santé. L'exercice de formation continue a été pour nous une source d'enseignements importante. Nous avons pu, tout au long des ces trois années, confronter nos points de vue émergents de nos activités de recherche, avec des professionnels d'horizons variés (médecins, cadres infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, directeurs d'établissements sociaux, directeurs d'établissements de soins de suite et de réadaptation). Il est difficile de décrire le mode de fonctionnement de l'IFROSS du point de vue de la formation continue, mais celui-ci engendre un rapprochement fort entre les membres de l'institut, les intervenants extérieurs et les étudiants. Rapprochement qui a grandement contribué à notre connaissance des secteurs sanitaire et social.

Les activités de terrain

Nos interventions dans les établissements de soins ont été de deux ordres : les interventions qualifiées de *diagnostics* et les interventions *d'accompagnement*.

- *Diagnostics opérationnels et stratégiques* : ces diagnostics visent à réaliser un état des lieux sur un établissement, un réseau ou un service et à formuler un avis sous forme de préconisations, mais sans que les intervenants ne s'engagent dans la mise en œuvre des préconisations. Ces interventions visent avant tout à dégager des points d'appui et des leviers d'action pour les gestionnaires : elle permettent de pénétrer à l'intérieur de l'organisation hospitalière et d'en décortiquer les rouages. Les demandes de tels diagnostics émanent de deux sources : elles peuvent provenir des tutelles, et notamment des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) qui en tant que financeur d'un établissement public, souhaite comprendre pourquoi tel hôpital semble souffrir d'une sous ou sur activité ou pourquoi tel autre est plus cher que la moyenne, à activité équivalente. Les demandes peuvent aussi provenir des directions des établissements publics et privés désireux de se soumettre à une évaluation.

- *Des missions d'accompagnement et d'appui méthodologique*, centrées autour de l'élaboration des projets d'établissements. La rédaction et le suivi de projets d'établissement visant à définir avec les acteurs un futur désiré et les moyens d'y parvenir. Le projet à réaliser est celui de l'établissement et de son personnel et non pas celui des intervenants. Par conséquent, la démarche repose sur un diagnostic approfondi des forces et faiblesses de l'établissement, diagnostic établi de façon participative au moyen de groupes de travail transversaux et pluridisciplinaires. Cette approche, qui implique une présence massive sur le terrain (en moyenne deux à trois jours par semaine dans la phase diagnostic), nous a permis de multiplier les rencontres avec les diverses catégories socioprofessionnelles, de nous familiariser avec leurs cultures et leurs pratiques respectives. Surtout, elle nous a permis, dans la phase de mise en œuvre, de *« mettre les mains dans le cambouis »*, et de tester la validité et la pertinence des recommandations formulées à l'issue du diagnostic.

Nous avons assisté dans le cadre de ces actions sur le terrain, à des Commissions Médicales d'Établissements (CME), à des réunions de direction, nous avons rencontré des membres d'Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), nous avons participé à de véritables débats stratégiques au sein des établissements. De telles participations ne seraient pas possibles si les études ne répondaient pas à une demande spécifique des organisations elles-mêmes, qui nous ouvrent alors leur porte et nous donnent accès à de nombreuses informations généralement inaccessibles.

La capitalisation des connaissances

Indissociables des activités d'enseignement et d'actions sur le terrain, ce que nous appelons capitalisation des connaissances a consisté pour nous à :

- La *revue de la littérature* professionnelle et scientifique sur nos sujets de recherche tant du point de vue des résultats que des méthodes mises en œuvre.
- La *rédaction d'articles* pour des revues et la *préparation de communications* pour des colloques afin de confronter nos points de vue avec des professionnels de santé et chercheurs en sciences de gestion et sciences sociales.

Ces trois activités correspondent à trois facettes indissociables de notre apprentissage de la recherche en sciences de gestion appliquée au secteur sanitaire. Chaque discussion avec des acteurs du système (professionnels de santé et chercheurs de différentes disciplines), chaque participation à une réunion de professionnels, chaque échange dans le cadre de la formation dispensée participe de notre compréhension de la complexité du monde social que constitue l'organisation hospitalière. *« L'étude du monde social n'est pas celle du monde naturel. La compréhension du monde naturel demande elle-même des cadres de signification, mais le monde social, en outre, se constitue lui-même comme ayant une signification. Il est donc nécessaire d'entrer dans le cadre de signification des acteurs et de les reconstituer dans des schémas conceptuels de cadres de signification technique, que les acteurs vont aussi*

partiellement s'approprier. Connaissance savante et connaissance ordinaire ne sont sans doute pas identiques, mais elles ne sont pas séparées et elles ne peuvent pas l'être[29] *».*

Nous avons réalisé ces trois activités majeures de manière imbriquée. Chacune fournissant des enseignements pour les deux autres. De plus, nous nous sommes peu à peu positionnée comme acteur des organisations et non comme observateur extérieur. Nous considérons que le chercheur n'est pas plus externe à l'organisation que ne l'est le gestionnaire professionnel. Le chercheur est partie intégrante à l'organisation. Chaque type d'organisation *a* ses chercheurs et les caractéristiques de ceux-ci influent sur les organisations tout comme les caractéristiques des professionnels. Ceci nous conduit à nous poser la question du mode d'appréhension de la *réalité* observée. Que constituent les données dont le chercheur dispose ? Nous reprenons les travaux de synthèse réalisés par A Mbengue et I. Vandangeon-Derumez[30] pour positionner notre mode d'appréhension des données collectées (nous avons grisé dans les tableaux qui suivent les éléments correspondants.

[29] Rojot J., « La théorie de la structuration », *Revue de gestion des ressources humaines*, n° 26-27, mai-juin 1998, pp. 5-35.

[30] Mbengue A., Vandangeon-Derumez I., « Positions épistémologiques et outils de recherche en management stratégique », *Conférence Association Internationale de Management Stratégique*, mai 2000.

Tableau 1 : Le statut accordé aux données (A. Mbengue et I. Vandengeon-Dérumez)

Objective		**Interprétée**	**Construite**
Les données sont des mesures de la réalité qui est considérée comme objective.	Les données sont des interprétations de la réalité qui peut être considérée comme objective.	Les données sont des interprétations de la réalité qui est considérée comme subjective.	Les données sont le résultat d ’une construction par interaction entre le chercheur et l’objet étudié.
La réalité est unique. Principe du holisme méthodologique selon lequel : « les ensembles sociaux sont censés avoir des finalités ou des fonctions qui ne peuvent être réduites aux croyances, attitudes et actions des individus qui les composent » (Blaug, 1982, 44).		La réalité est multiple. Principe de l’individualisme méthodologique selon lequel: « on ne peut considérer comme adéquates les explications des phénomènes sociaux, politiques et économiques, que si elles sont formulées en termes de croyances, d’attitudes et de décisions individuelles » (Blaug, 1982, 44).	
Les données existent en tant que telle et précèdent l’intervention du chercheur.	C’est au chercheur, à travers les représentations, de trouver l’unicité de la réalité.	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.	Ce n’est que par son expérience du monde que le chercheur accède au monde.
Les phénomènes sociaux existent objectivement (Comte, cité par Le Moigne, 1990b).	La réalité se définit comme « une qualité appartenant à des phénomènes que nous connaissons comme ayant une existence indépendante de notre propre volonté », toutefois, il existe une construction sociale de cette réalité, qui s’exprime par la totalité subjective des significations de l’action. « L’activité humaine produit un monde de choses » (Berger et Luckman, 1996).	Les phénomènes sociaux sont interprétés différemment par chacun des acteurs, y compris par le chercheur lui-même (Lincoln et Guba, 1985).	Les individus créent le monde qui les entoure par leurs actions guidées par leurs finalités (Le Moigne, 1990).

Les données constituent pour nous des interprétations du réel. Ces interprétations sont variées et concourent à l'évolution de la réalité. La réalité n'existe qu'au travers de ses multiples représentations et il n'y a pas de représentations meilleures que d'autres dans l'absolu. Il y a simplement des représentations mieux adaptées dans un lieu donné et à un moment donné pour faire tendre l'organisation vers la réalisation de ses objectifs. Ceci nous conduit à appréhender le réel comme un construit social. Nous nous appuyons sur les propos suivants : *« L'objet de la science est de découvrir les mécanismes par lesquels l'action « organisée » agit sur les phénomènes*[31] *»*, d'une part ; *« la science organise le monde en s'organisant elle-même*[32] *»*, d'autre part ; enfin, *« bien que des phénomènes organisationnels soient déterminés par des lois de causes à effets, ils prennent forme dans un monde de confusion rendant imprévisibles les résultats des actions engagées : conséquences non anticipées des actions ordinaires*[33] *»*.

Le réel ne s'appréhende qu'au travers d'interprétations de données mises en forme selon certaines conventions qui correspondent à des représentations du réel, selon un référentiel d'interprétation. Ceci soulève alors la question de la légitimité des conventions de représentation du réel et de la légitimité des référentiels d'appréhension du réel. C'est pourquoi nous avons cherché à décortiquer les référentiels d'interprétation du réel d'une part et les représentations de ce réel d'autre part.

2.2. LE MODE DE COLLECTE DES DONNEES

Du fait de notre environnement de recherche, notre matériau de recherche s'est constitué à partir de différents niveaux de données. La première distinction à opérer concerne le degré d'objectivité des données elles-mêmes : il existe des données relativement objectives au sens où les informations qu'elles contiennent ne varient pas selon le référentiel d'élaboration. Ainsi, par exemple, le nombre d'entrées nettes dans un établissement est une donnée plutôt objective qui est seulement conditionnée par la qualité du recueil de l'information, de même les comptes administratifs d'un établissement constituent des données plutôt objectives. En revanche, l'observation du comportement des acteurs lors de réunions de réflexion sur les orientations stratégiques d'un établissement constitue des données beaucoup moins objectives car donnant lieu à des retraitements indéfiniment discutables. La difficulté réside alors dans la combinaison de données plus ou moins objectives et dans la réinterrogation permanente des modes de production des données pour en définir la validité par rapport aux objectifs fixés.

La deuxième distinction à opérer concerne notre *proximité* par rapport aux données recueillies. Notre matériau de recherche a bénéficié de notre participation aux différents

[31] Crozier M., Friedberg E., *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Editions du seuil, Paris, 1977, 436p., cité in Mbengue A. et Vandangeon-Derumez I., 2000, op. cit.

[32] Le Moigne J.-L., « Epistémologies constructivistes et sciences de l'organisation », in *Epistémologie et Sciences de Gestion*, coord. par Martinet A.C., Economica, 1990, pp. 81-140, cité in Mbengue A. et Vandangeon-Derumez I., 2000, op. cit.

[33] March J.G., « Footness to Organizational Change », *Administrative Science Quaterly*, vol. 26, 1981, pp. 563-577, cité in Mbengue A. et Vandangeon-Derumez I., 2000, op. cit.

travaux de recherche du GRAPHOS ainsi que des travaux antérieurement réalisés par les membres du laboratoire. Nous avons ainsi participé de manière active et approfondie à l'élaboration de trois projets d'établissement dans la région lyonnaise de 1998 à 2001, trois projets pour trois établissements à partir desquels nous avons dégagé les éléments invariants de l'amélioration de la performance des hôpitaux dont l'aboutissement est présenté en troisième partie de notre thèse. Nous avons aussi participé à des interventions ponctuelles dans des établissements, dans le cadre d'audits financiers ou organisationnels, participations qui nous ont apporté elles aussi de nombreuses données. Ces données ne sont pas exploitées explicitement dans notre travail de thèse car nous avons choisi de centrer la présentation de nos travaux sur trois terrains relativement complets, mais elles ont alimenté notre socle de connaissances du milieu hospitalier et des logiques des acteurs, et de surcroît ont permis de mettre à l'épreuve les résultats de nos analyses sur les trois terrains présentés.

Nous avons eu accès pendant les quatre années de recherche au sein du GRAPHOS à 15 établissements : 8 établissements privés PSPH, 4 établissements publics, 3 établissements privés à caractère commercial. Les données collectées l'ont été de trois manières différentes :

- Analyse des documents internes aux établissements. Nous avons eu accès aux documents financiers et administratifs des établissements, mais aussi à la comptabilité analytique quand celle-ci existait. Nous avons également eu accès et avons analysé divers types de rapports, fruits d'audits antérieurs, ainsi que des conventions passées avec la Caisse d'Assurance Maladie et avec d'autres établissements.

- Analyse des documents externes aux établissements. Nous avons décortiqué les différentes sources d'information publique existantes sur les hôpitaux et notamment les Statistiques annuelles d'Établissements (SAE) et les données issues du PMSI. Nous avons même eu accès à des dossiers médicaux dans le cadre des opérations de contrôle de la qualité des informations réalisé par le Département de l'Information Médicale (DIM).

- Rencontre avec les professionnels et patients. Nous avons assisté à deux Commissions Médicales d'Établissement (CME), nous avons participé à une centaine de comités de pilotage dans le cadre des projets d'établissements, nous avons animé six séminaires de travail avec des professionnels : médecins anesthésistes réanimateurs, cadres infirmiers et infirmiers. Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs avec chaque catégorie d'acteurs hospitaliers. Nous avons administré des questionnaires auprès des professionnels et des patients. Nous avons de plus assisté à six interventions chirurgicales au bloc opératoire et observé pendant deux jours le fonctionnement d'un service d'urgences. Paradoxalement, les lieux où nous nous sommes le moins rendue sont les locaux administratifs des établissements.

Les **analyses de documents** comptables et financiers ont été réalisées à partir des ratios moyens des établissements similaires et de l'évolution de ceux-ci sur les cinq dernières années de l'établissement. La collecte des informations quantitatives, relevant

principalement d'une information réputée *publique,* a néanmoins connu de nombreuses difficultés. Ceci nous a fait mesurer tout l'enjeu que représente l'information à l'heure actuelle dans le système hospitalier.

Les **questionnaires** ont été administrés sur la base du volontariat auprès des patients et de leurs proches ainsi que du personnel. Nous avons réalisé avec les membres du GRAPHOS 586 questionnaires auprès des personnels des trois établissements et 254 questionnaires auprès des patients et de leur famille. Ils sont composés de questions fermées appelant des réponses numériques de 1 à 7 pour qualifier le degré de satisfaction des patients. Conformément à l'étude réalisée par l'ANAES[34] et l'IFOP (Institut Français de l'Opinion Publique) sur les éléments organisationnels jugés les plus importants, les résultats ont été analysés sur cinq grands thèmes : l'hygiène et la sécurité, les soins, l'accueil et la trajectoire de soins, l'information, la vie sociale.

Les **entretiens** ont été menés sur la base d'entretiens semi-directifs comportant cinq axes principaux en moyenne. Nous avons réalisé 32 entretiens individuels et 5 entretiens collectifs, ce qui donne au total 57 personnes rencontrées dans le cadre d'entretiens, dont le directeur de l'ANAES, le directeur de l'ARH de Franche Comté, 3 directeurs d'établissements publics et PSPH, 2 directeurs financiers, un ancien conseiller technique du ministre de la santé, 2 présidents de CME, 11 Infirmiers Diplômées d'État (IDE), 3 internes, 7 médecins, 7 aides soignants, 9 cadres infirmiers, 8 agents de services hospitaliers et 2 directeurs d'information médicale. Leur durée a été de 1 h 15 environ. Ils ont fait l'objet d'un enregistrement et ont été intégralement retranscrits. Leur traitement a été effectué dans un premier temps par une analyse d'occurrences de certains mots à l'aide du logiciel *Word* et dans un deuxième temps par un résumé des informations clefs données par chacun des interlocuteurs. Nous avons alors réalisé des grilles d'analyse qualitatives pour analyser les recoupements entre les diverses personnes interrogées.

Nous présentons trois cas dans le cadre de notre thèse, qui ne reflète pas toute la variété des cas que nous avons pu rencontrer. Notre choix a porté sur ces trois cas, car ils présentent une unité de problématique qui était la recherche explicite d'amélioration de la performance.

• MC est un établissement PSPH de chirurgie de 200 lits environ dans une ville de la région lyonnaise en concurrence forte avec le CHU (Centre Hospitalier Universitaire) voisin et deux cliniques privées. MC est un établissement qui a toujours été en « guerre » avec les caisses d'assurance maladie qui considéraient avant le PMSI que cet établissement dépensait trop. Les déficits de cet établissement étaient imputés à des erreurs de gestion. L'analyse par les points ISA (Indice Synthétique d'Activité) montrera en réalité que MC a une activité plus forte que la moyenne, que les chirurgiens avec un

[34] IFOP, « Les attentes du grand public vis-à-vis des établissements de santé », *bulletin info ANAES,* mars 1998.

niveau d'activité de 80 000 à 120 000 KC[35], font le double de leurs confrères de la région, donc engendrent le double de dépenses. Derrière cette suractivité, le désir des chirurgiens, « exclus » du CHU, est de montrer qu'ils sont les plus forts. Le docteur B, chirurgien thoracique, réalise à l'heure actuelle 70 % des interventions sur les poumons du secteur sanitaire et n'a qu'une idée en tête qui est d'atteindre les 100 %. Le seul problème, qui est un problème de taille, est qu'il manque 10 millions de francs pour équilibrer le budget. L'établissement a une bonne performance médicale mais une mauvaise performance de gestion.

- V est un établissement public de la région lyonnaise de 350 lits environ qui réalise des activités de court, moyen et long séjour. Cet établissement présente une particularité intéressante : son directeur et le président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) ont la même ancienneté, environ 20 ans. Cet établissement vit en concurrence frontale directe avec la clinique voisine et est géographiquement proche d'un CHU. Son service d'urgences explose et de nombreux patients sont refusés. L'établissement est en pleine recherche de repositionnement et de redimensionnement de son activité pour la légitimer entre un établissement privé et un CHU.

- E est un établissement PSPH de la région lyonnaise de 300 lits environ qui réalise des activités de court séjour. Cet établissement se situe dans un secteur sanitaire où l'offre de soins est particulièrement éclatée. À l'origine, cet établissement fonctionnait sur le mode de la clinique ouverte (rémunération à l'acte), et 200 praticiens y intervenaient. Suite à la mise en place du mécanisme de financement par dotation globale en 1983, seuls 40 praticiens sont devenus salariés de l'établissement. Le directeur a dans un premier temps accentué les contraintes de gestion sur les professionnels et toute l'activité médicale a été mise sous contrainte financière. Une longue phase de modernisation des bâtiments est alors entreprise. En 1999, lorsque cette reconstruction s'achève, l'établissement se trouve confronté au risque d'être marginalisé sur son secteur sanitaire et à terme de disparaître. L'établissement se lance alors, dans un deuxième temps, dans une recherche de performance par des opérations de coopérations actives avec les autres établissements du secteur.

2.3. LA STRUCTURATION DES SAVOIRS

Le *matériau* de la recherche en sciences de gestion est à l'image de la complexité de l'organisation sociale : subjectif et difficile à saisir. Cette complexité est appréhendée au travers de données mises en forme et interprétées de manière subjective également. Quelles sont alors les formes d'exploitation du matériau de notre recherche ?

Nous distinguons deux formes de processus de recherche :

[35] Une nomenclature des actes professionnels classifie les différents services dans des groupes désignés par une lettre clé et leur affecte un coefficient rendant compte de l'importance relative de l'acte à l'intérieur de leur groupe. Le KC est la lettre clé utilisée dans la nomenclature pour les actes chirurgicaux.

- Le raisonnement déductif se construit à partir de prémisses et consiste en la vérification d'une suite hypothético-déductive conduisant à des théories réputées rationnelles.
- Le raisonnement inductif part de l'observation des faits pour tenter de découvrir les règles qui sous-tendent le phénomène étudié. Il conduit à des théories qualifiées d'empiriques.

Le raisonnement, qu'il soit inductif ou déductif, mène à l'élaboration de théories, où le terme théorie est pris au sens d'un *« ensemble d'idées, de concepts abstraits, plus ou moins organisés appliqué à un domaine particulier*[36] *»*. Les théories participent à la compréhension du réel en définissant des relations de cause à effet entre les éléments observés. Les théories procèdent de la connaissance des modes de fonctionnement de l'organisation de manière plus ou moins généralisable.

Les raisonnements inductifs comme les raisonnements déductifs semblent procéder d'une recherche de théories universelles et l'induction est fondée sur une observation supposée objective de la réalité. Or, le cadre relatif dans lequel nous inscrivons notre recherche (relatif aux parties prenantes à notre recherche et aux opportunités de celle-ci, relatif au moment de l'étude et relatif au lieu de l'étude) nous conduit à rejeter l'éventualité d'une universalité de nos résultats. C'est pourquoi nous nous situons dans une démarche *adductive*[37] : *« la recherche consiste à émettre à partir des observations des conjectures qu'il convient de tester par la suite »*.

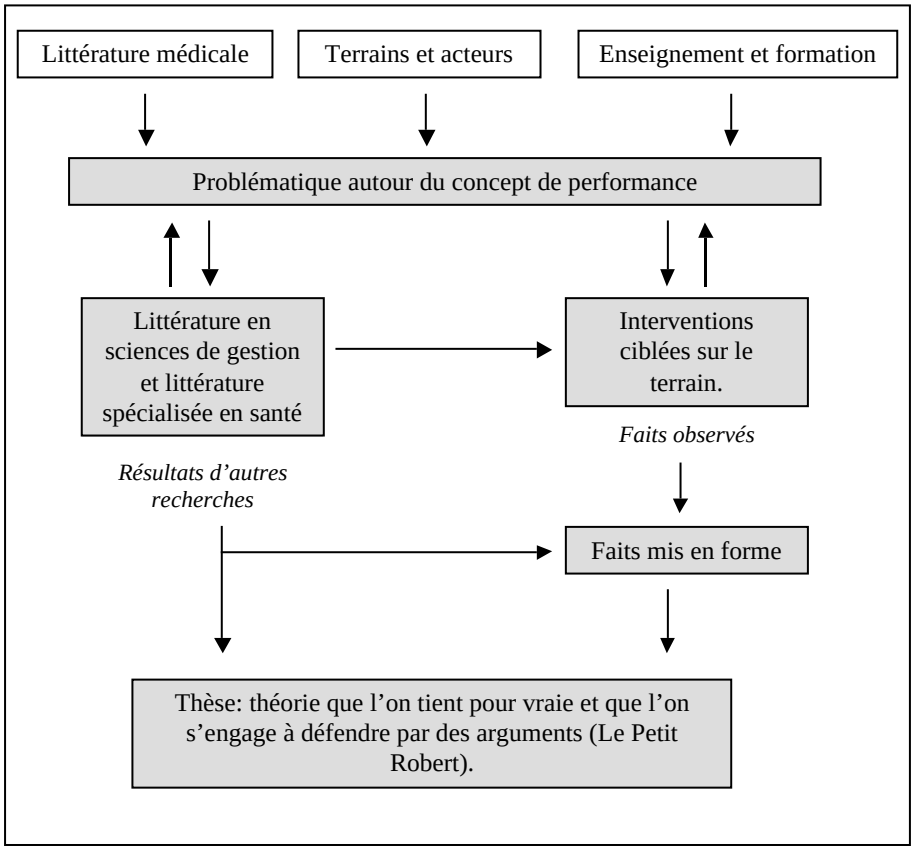
Nous avons cherché à représenter le plus fidèlement et sincèrement la réalité observée. Les théories que nous avons élaborées reposent sur cette fidélité et cette sincérité. Certes, *« l'enfer est pavé de bonnes intentions »* et c'est pourquoi nous cherchons dans notre thèse à donner toutes les étapes de notre raisonnement afin que les biais inhérents à nos propres représentations puissent être compris par le lecteur. Nous pensons que ce n'est pas parce que l'on postule la subjectivité de la réalité que l'on ne peut en décrire certains mécanismes : *« Il existe des modes de raisonnement qui permettent de passer du chaos que constitue le monde réel à un essai de conjectures sur la relation effective que vérifie un ensemble de variables pertinentes par rapport au modèle étudié*[38] *»*.

Dans le schéma suivant, nous présentons les étapes clefs de notre raisonnement.

---

[36] *Dictionnaire de la langue française*, Le petit Robert, 2000.
[37] Blaug M., *La méthodologie économique*, Economica, Paris, 1982, 259p., cité in Mbengue A., Vandangeon-Derumez I, 2000, op. cit.
[38] Blaug, 1982, op. cit.

Figure 1: Structure de notre recherche



Le processus de recherche s'est structuré autour de cinq étapes (en grisé dans le schéma ci-dessus). Ces étapes ont constitué des points de passages récurrents de notre recherche.

Notre raisonnement a suivi un processus itératif de recherche

- La littérature médicale, nos interventions dans les établissements de soins et les enseignements réalisés auprès de professionnels nous ont montré l'émergence du concept de performance hospitalière. Discours dominant à l'heure actuelle dans les secteurs publics et privés, l'hôpital n'échappe pas à son intrusion dans les modes de faire des établissements. Ce thème a constitué notre premier axe de recherche.

- Ceci a orienté notre recherche sur la littérature en sciences de gestion et en santé d'une part, et notre cible concernant notre choix des terrains à approfondir. Ces deux étapes ont contribué à la définition de notre problématique (nous ne retraçons pas ici les divers stades de précision que celles-ci ont suivi pour arriver à la formulation présentée dans la problématique, mais elles ont été nombreuses).

- La structuration des savoirs s'est réalisée par un « va et vient » entre la littérature et le terrain, et par la confrontation régulière avec d'autres chercheurs et des professionnels de santé des résultats de nos recherches.

Chaque étape alimentant les autres étapes, notre processus de recherche constitue une boucle itérative pouvant se poursuivre à l'infini. Notre thèse correspond à une coupe transversale de ce processus.

2.4. LA VALIDITE DES SAVOIRS

Selon Piaget[39], les questionnements portant sur la validité de la recherche sont un des deux éléments permettant d'évaluer le progrès de la connaissance scientifique (l'autre élément étant le passage d'un niveau déterminé de la connaissance à un autre niveau). Nous présentons dans le tableau suivant les conditions de validité de la recherche selon les fondements épistémologiques de celle-ci.

[39] Piaget J., *Epistémologie des sciences de l'homme*, Gallimard, Paris, 1972, 383p., cité in Mbengue A. et Vandangeon-Derumez I, 2000, op. cit.

Tableau 2 : Les critères de scientificité de la recherche (A. Mbengue et I. Vandangeon-Derumez, 2000)

L 'outil garantit la valeur de la connaissance et la généralisation des résultats		**La valeur de la connaissance est construite par le processus de l'étude et dépend de son contexte de construction**	
La méthode, si elle est fiable et valide garantit des résultats non biaisés : un instrument de mesure fiable produit les mêmes résultats quelle que soit la personne qui l'utilise et à n'importe quel moment ; un instrument de mesure valide donne toujours la bonne réponse (Kirk et Miller, 1986). Les connaissances sont démontrées. Elles sont appréhendées en termes de vrai ou faux (Blaug 1982).	La démarche suivie par le chercheur doit lui permettre de garantir des résultats non biaisés (Yin, 1990, Miles et Huberman, 1991, Glaser et Strauss, 1967, Denzin et Lincoln, 1994). Les connaissances sont argumentées. C'est au chercheur de convaincre que son processus de recherche lui permet de construire des connaissances valides (Denzin et Lincoln, 1994). Ainsi, le chercheur doit être en mesure de retracer l'histoire de sa recherche, d'indiquer quelles décisions ont été prises tout au long de l'étude et les justifier (Mucchielli, 1996).		La validité de la connaissance se mesure par la capacité du chercheur à exprimer en termes clairs les axiomes sur lesquels il fonde explicitement ses raisonnements et argumentations (Le Moigne, cité par Girod et Perret, 1997).
Critère de vérifiabilité : une proposition n'a de sens que si et seulement si elle est susceptible d'être vérifiée empiriquement (Blaug, 1982).	**Critère de validité du construit :** la démarche de recherche est à même de répondre clairement aux questions de recherche.	**Critère de crédibilité :** accroître la probabilité que des résultats crédibles vont être produits (démontrer la crédibilité des résultats en les faisant approuver par les sujets constructeurs des multiples réalités).	**Critère d'adéquation :** une connaissance est valide dès lors qu'elle convient à une situation donnée ce qui oblige le chercheur à vérifier que les énoncés et les modèles permettent de résoudre un problème donné (Glasersfeld, 1988).
Critère de confirmabilité : degré de probabilité avec lequel les énoncés sont confirmés (généralisation).	**Critère de validité interne :** les relations causales mises en évidence par le chercheur sont correctes (il n'existe pas d'autres explications).	**Critère de transférabilité :** rechercher des similarités contextuelles dans lesquelles les résultats puissent être étendus.	
	Critère de validité externe : établir le domaine dans lequel les résultats d'une étude peuvent être généralisés.	**Critère de dépendance :** vérifier la cohérence entre les données initiales d'une part, le produit de l'étude et la démarche d'autre part (audit du processus de recherche).	**Critère d'enseignabilité :** les connaissances ne sont pas démontrées, elles sont argumentées et donc à la fois constructibles et reproductibles de façon à permettre leur intelligibilité pour son interlocuteur (Le Moigne, 1990).
Critère de réfutabilité : une théorie est réfutable lorsque certains résultats peuvent l'infirmer (Popper, 1984).	**Critère de fiabilité :** démontrer que la démarche de recherche peut être reproduite avec les mêmes résultats (Yin, 1990).	**Critère de confirmabilité :** les données sont-elles ou non confirmables ? Ce qui est vérifié par la mise en œuvre de l'audit du processus de recherche (Lincoln et Guba, 1985).	
Les résultats sont ici généralisables : ce qui est vrai à un moment donné et aussi vrai à un autre moment et dans un autre lieu sous certaines conditions. Principes de la généralisation statique.	Les résultats doivent être reproductibles. Il importe alors de conduire d'autres études qui vont supporter le résultats actuels ou au contraire supporter une explication rivale. Principe de la généralisation analytique.	La généralisation n'est pas l'objectif de l 'étude. Toutefois, elle reste un principe plus ou moins fort pour accorder aux résultats une certaine véracité. Ainsi, le chercheur doit-il mettre en évidence les critères ou les situations dans lesquels ses résultats peuvent être étendus.	La connaissance se construit localement. Pas de généralisation des résultats, le modèle construit n'a pas pour fonction de générer des hypothèses à vérifier, mais de contribuer à l'intelligibilité (Piaget, 1986, cité par Le Moigne, 1990).

La première question que nous nous posons alors est celle des caractéristiques de la connaissance en sciences de gestion. La connaissance en sciences de gestion n'est pas qu'une connaissance formelle. Cette connaissance revêt aussi une forte dimension informelle de savoir-faire et de logique. De plus, nous nous positionnons dans le cadre de la théorie de la contingence, c'est-à-dire que nous pensons qu'il n'y a pas un mode de gestion meilleur que les autres. Nous pensons que les formes que prend la gestion sont variées et doivent s'adapter dans le temps et l'espace. Par conséquent, nous n'accordons pas aux théories présentées dans notre thèse un statut universel. Nous souhaitons que celles-ci soient lues dépendamment de leur contexte et de leur genèse. *« Les connaissances ne sont pas démontrées, elles sont argumentées et donc à la fois constructibles et reproductibles de façon à permettre leur intelligibilité pour son interlocuteur*[40] *»*.

Les analyses effectuées tout au long de cette recherche ont été longuement discutées et validées par les différents acteurs rencontrés. Mais comme il n'y a pas de vérité absolue, celles-ci peuvent être contredites dans un autre contexte.

Nous pensons que la validité de notre recherche repose sur la cohérence et la logique de notre raisonnement. *« La validité de la connaissance se mesure par la capacité du chercheur à exprimer en termes clairs les axiomes sur lesquels il fonde explicitement ses raisonnements et argumentations*[41] *»*. La recherche en gestion ne peut prétendre à procurer des recettes miracles pour améliorer la performance des organisations. En revanche, chaque recherche éclaire une facette de la complexité de l'organisation hospitalière, chaque recherche éclaire sur les processus de recherche.

Les théories avancées dans notre thèse n'ont pas pour objet de proposer un modèle universel d'appréhension de la performance hospitalière, mais de présenter les « points de passage obligés » de la performance hospitalière, c'est-à-dire les réflexions qui doivent être menées avec les acteurs et les outils qui doivent être mobilisés dans le cadre de la recherche de performance. Nous cherchons dans ce travail à relater les caractéristiques de la construction de vision partagée de la performance, les caractéristiques de la recherche du sens de la performance. Nous souhaitons, par ce moyen, contribuer à l'intelligibilité de la complexité de gestion d'une organisation hospitalière qui se situe au carrefour de problématiques locales, régionales et nationales, mais aussi économiques, médicales, techniques, politiques et sociales.

[40] Le Moigne J.-L., 1990, op. cit.
[41] Le Moigne J.-L., 1990, op. cit.

3. PLAN DE LA THESE

Notre thèse comporte trois parties. La première partie intitulée « La quête de performance : ambivalence des discours et des pratiques » s'efforce de montrer les conditions d'émergence du concept de performance (chapitre I) avec les réponses exprimées par les pouvoirs publics (chapitre II) et les réponses concrètes des acteurs, que ceux-ci se situent aux niveaux national, régional ou local (chapitre III). La deuxième partie intitulée « Littérature et performance : une nécessaire conjugaison de logiques distinctes » présente les dimensions communes de performance de l'offre de soins hospitalière, méta-dimensions qui constituent les conditions de sa légitimité (chapitre IV), que nous mettons alors en perspective avec les référentiels de performance existants décrits dans la littérature (chapitre V). La troisième partie intitulée « La recherche de vision partagée des acteurs de l'hôpital » relate trois études menées sur le processus de recherche de performance de trois établissements distincts dans le cadre de l'élaboration de leur projet d'établissement. Trois « phases » se dégagent dans la recherche de vision partagée de la performance : la première est la nécessité d'engager les acteurs sur les enjeux de la performance (chapitre VI), la deuxième est la nécessité d'obtenir une vision partagée sur le diagnostic de l'activité de l'établissement (chapitre VII) et la troisième est la nécessité d'obtenir une vision partagée sur les priorités définies de la performance (chapitre VIII).

Première partie

La quête de performance : ambivalence des discours et des pratiques

Chapitre I – Le concept de performance sous influence

Chapitre II – Une réponse des pouvoirs publics : un essai de mise en commun des visions différentes de la performance hospitalière

Chapitre III – Des réponses divergentes des acteurs

Deuxième partie

Littérature et performance : une nécessaire conjugaison de logiques distinctes

Chapitre IV – Les méta-dimensions de la performance hospitalière

Chapitre V – Les modèles d'appréhension de la performance hospitalière

Troisième partie

La recherche d'une vision partagée des acteurs de l'hôpital : trois études de cas

Chapitre VI – Vision partagée des acteurs sur les enjeux de la performance

Chapitre VII – Vision partagée des acteurs sur le diagnostic de la performance

Chapitre VIII – Vision partagée des acteurs sur les priorités de la performance

Première partie

La quête de performance : ambivalence des discours et des pratiques

Ils dirent : allons ! Bâtissons-nous une ville et une tour dont le sommet touche au ciel, et faisons nous un nom, afin que nous ne soyons pas dispersés sur la surface de la terre.
L'Eternel descendit pour voir la ville et la tour que bâtissaient les fils des hommes. Et l'Eternel dit : voici, ils forment un seul peuple et ont tous la même langue et c'est là ce qu'ils ont entrepris ; maintenant rien ne les empêchera de faire tout ce qu'ils auraient projeté. Descendons, et là, confondons leur langage, pour qu'ils n'entendent plus le langage les uns et les autres.
Alors l'Eternel les dispersa sur la surface de toute la terre, et ils cessèrent de bâtir la ville.

Genèse, 11, 4-8.

Le système hospitalier est désorienté face au défi qui lui est lancé : le défi de la performance. Le système hospitalier est désorienté face à ce défi tant *« il est embarrassé par l'accumulation des technologies, engoncé dans ses habitudes et ses coutumes, indécis quant aux conduites à tenir pour répondre à l'émergence des droits des patients, perdu dans la réglementation tatillonne, et surpris que les patients lui demande des comptes*[42] *»*. Ce défi de la performance s'exprime dans l'hôpital par une multitude de messages, d'images et de symboles véhiculés volontairement ou involontairement par les acteurs, au point que le concept de performance soit devenu le discours dominant de l'activité hospitalière. Si la recherche de performance s'impose aujourd'hui à toutes les parties prenantes du secteur hospitalier, aucune définition du terme n'a cependant été posée. La performance est le discours dominant du système hospitalier, mais la performance donne lieu à de nombreux discours différents. Les professionnels de santé perçoivent dans la recherche de performance le nouvel avatar de la recherche d'efficience économique. Les usagers entrevoient dans la recherche de performance l'amélioration de la qualité des soins en termes essentiellement de risques iatrogènes et de sollicitude des professionnels de santé. Les administratifs, enfin, se contentent généralement de prendre acte des nouveaux mécanismes de coordination et des nouvelles procédures à mettre en place qui en résultent.

La régulation de l'offre de soins hospitalière, en tant que l'une des attributions des pouvoirs publics français, donne lieu à la mise en place, par l'administration sanitaire, de nouveaux instruments de régulation, de type macro-économique. Chronologiquement, dans les années 1990, le premier élément mis en œuvre pour améliorer la performance hospitalière est un instrument d'évaluation de l'activité des établissements de soins, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Le deuxième élément correspond à la mise en place de mécanismes régionalisés de planification, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), le Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) avec comme nouvel organe régulateur l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH). Le troisième élément est relatif à l'ensemble des démarches d'appréciation de la qualité des soins et des risques associés développées dans le cadre des procédures d'accréditation définies par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).

L'élaboration de nouveaux outils nationaux et communs de régulation pour améliorer la performance hospitalière ne parvient cependant pas à masquer les divergences de points de vue et de comportement des parties prenantes au système hospitalier. Les pouvoirs publics recherche la performance d'une certaine manière et diffusent des principes communs de performance mais les acteurs y répondent eux à « leur façon » et avec leurs

[42] Pascal C., 2000, op. cit. ; p. 3.

propres référentiels, référentiels inégalement bousculés par le discours dominant sur la performance.

Dans cette partie, nous interrogeons les discours et les pratiques de la performance. Nous définissons le contexte d'émergence du concept de performance (chapitre I). La crise de légitimité que connaissent tant les secteurs privés que les secteurs publics ont conduit à rechercher de nouveaux référentiels d'appréciation de l'activité englobés dans le vocable performance. De plus, l'Organisation Mondiale de la Santé a accentué ce phénomène en publiant un rapport intitulé *« la performance des systèmes de santé dans le monde*[43] *»*, intitulé qui a définitivement consacré le vocable *performance* comme nouveau paradigme de l'offre de soins.

Face à cette recherche de performance, les pouvoirs publics français ont défini leur propre discours sur les moyens à mettre en œuvre pour l'atteindre (chapitre II). Ces moyens reposent sur une plus grande concertation entre les acteurs. Les mécanismes de régulation mis en place, comme tout instrument de gestion, laissent aux acteurs une latitude importante quant à leur interprétation et quant à leur mise en œuvre. Les parties prenantes au système hospitalier que représentent tant les professionnels de santé, que les « administratifs » et les usagers se sont saisis du discours et des moyens, et les ont adaptés à leur préoccupations locales (chapitre III).

Cette première partie est composée de trois chapitres :

Chapitre I – Le concept de performance sous influence

Chapitre II – Une réponse des pouvoirs publics : un essai de mise en commun des visions différentes de la performance hospitalière

Chapitre III – Des réponses divergentes de la part des acteurs

[43] OMS, *Rapport sur la performance des systèmes de santé dans le monde*, 2000, 161p.

Chapitre I

Le concept de performance sous influences

Le terme performance est un terme très largement utilisé dans le langage courant, qui, du fait de son caractère commun, ne fait généralement pas l'objet d'un essai de définition. Or, ce terme a investi tous les secteurs de la vie économique et sociale et l'absence de définition constitue une des causes des difficultés d'obtention d'une vision partagée de la performance hospitalière. Cette absence de définition claire engendre des représentations éclatées du contexte de la performance, mais aussi de ses objectifs, de ses fondements et référentiels, et de ses modalités d'évaluation.

C'est pourquoi dans ce chapitre nous interrogeons la définition de la performance. Le vocable performance voit son champ sémantique s'amplifier et son champ syntaxique se modifier. Il est à présent utilisé pour désigner de nombreux critères différents d'appréciation d'une activité, que celle-ci relève de l'action publique ou privée. Il est de plus utilisé comme un substantif et non plus uniquement comme un qualificatif, revêtant alors les propriétés d'un concept au sens *kantien* du terme dans la mesure où il constitue un schéma dynamique pour la pensée[44].

La prégnance accrue du terme performance dans les discours résulte de deux influences majeures : d'une part, de la volonté de répondre aux crises de légitimité que connaissent tant les secteur publics que les secteurs privés ; d'autre part de la volonté des institutions internationales, et notamment de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans le cas plus particulier du système de santé, de comparer les systèmes de santé entre eux, de définir leurs principes communs et de dégager des leviers de convergence des systèmes vers ces principes.

Les mutations que connaît l'environnement, l'évolution économique et sociale des sociétés industrielles, l'inquiétude croissante de la population face à la montée de la précarité sont autant d'éléments qui conduisent à une crise de légitimité des actions publiques et privées. Cette crise de légitimité traduit le fait que les attentes sociales ont elles aussi évolué. La société de consommation de masse a « rempli son contrat » en permettant à la population de s'équiper et d'améliorer ses conditions de vie, mais

[44] Rey A. (sous la direction de), *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 1993.

aujourd'hui, d'autres fondements de société émergent : une société plus sociale, moins individualiste, plus humaine et moins matérialiste. *« On pense, par exemple à la publication, depuis le milieu des années 1990, d'un grand nombre d'ouvrages destinés à un large public (dont les tirages ont souvent été importants) ayant pour thème la critique de la société économique, qu'ils portent sur le chômage, sur le travail, l'exclusion, la précarité, les nouvelles inégalités, le néolibéralisme, les dangers de la globalisation, la diffusion de la violence ou encore l'individualisme outrancier*[45] *»*. Les objectifs strictement économiques ne répondent plus aux attentes sociales de la population et l'on cherche alors à mesurer dans l'activité économique une autre performance que la seule efficience économique. Le vocable performance ouvre alors la porte à toutes les dimensions d'appréhension de l'activité économique possibles car il est utilisé dans la vie courante pour désigner tout un tas de choses distinctes, des résultats sportifs, aux actions artistiques, en passant par le rendement des machines.

Pour ce qui est du champ sanitaire, celui-ci est soumis aux courants internationaux de recherche de performance, courants dont le rapport de l'OMS sur la performance des systèmes de santé dans le monde nous donne une synthèse avec les différentes problématiques de performance associées. *« Le secteur public tout comme le secteur privé est soumis aux turbulences de ses environnements, national et mondial*[46] *»*. La recherche de performance des actions tant publiques que privées n'est pas le seul fruit de la prise de conscience française de la difficulté à répondre aujourd'hui aux attentes sociales, donc d'une nécessité de « *réactiver les questions de légitimité »*[47]. Cette diffusion internationale conduit à la recherche de détermination de critères communs d'évaluation de la performance des systèmes de santé. Cela renvoie alors implicitement à la recherche d'une vision partagée sur le rôle du système de santé dans chaque nation et sur les moyens d'y parvenir. Nous présentons dans la troisième section de ce chapitre les fondements ainsi définis par l'OMS.

Ce chapitre est composé de trois sections :
Section 1 – Un concept polysémique
Section 2 – La performance comme réponse à un élargissement des attentes sociales
Section 3 – Le cadre international de la performance des systèmes de santé

[45] Boltanski L., Chiapello E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, 2000, 843p. ; p. 432.
[46] Bartoli A., *Le management dans les organisations publiques*, Dunod, 1997, 300p. ; p. 45.
[47] Bartoli A, 1997, op. cit. ; p. 65.

1. UN CONCEPT POLYSEMIQUE

Si le terme « performance » et ses dérivés sont très utilisés dans la langue française, comme en témoignent les quelques exemples ci-dessous tirés de la presse générale et spécialisée, leur définition prête à confusion. C'est pourquoi, avant toute tentative de définition du terme dans le champ hospitalier, nous avons cherché dans la presse quotidienne et dans la littérature sur l'organisation des systèmes de santé les formes d'utilisations du terme *performance*.

Nous avons relevé quelques titres dans la presse où le mot performance apparaît :

> « Les performances chorégraphiques et rurales de Valentine Verhaeghe ». *Le Monde* 12/04/01
>
> « Des performances records : TotalFinaElf : 49,8 Mds F ». *Le Monde* 28/02/01
>
> « Une « prime de performance » d'un million d'euros pourrait être attribué au PDG de Marks and Spencer ». *Le Monde* 05/04/01
>
> « Nestlé, concentré de Performance : en trois ans sa valeur boursière a triplé ». *Le Monde* 15/03/01
>
> « Lance Armstrong « commence à accepter » les interrogations sur les performances des cyclistes ». *Le Monde* 19/04/01
>
> « Selon une étude, les décalages horaires fréquents ont des répercussions sur les performances de l'organisme ». *Le Monde* 28/05/01.

La performance renvoie dans ces exemples tour à tour à l'action au sens artistique, à l'événement ponctuel qui ne se perpétue pas dans le temps, aux résultats et/ou exploits financiers lorsqu'elle est utilisée pour qualifier de grands groupes industriels et commerciaux. Le terme performance est souvent utilisé dans le domaine sportif pour qualifier des résultats et/ou exploits sportifs. Enfin il s'emploie aussi pour qualifier le potentiel de l'organisme.

Le mot performance a été emprunté à l'anglais au XVè siècle et signifiait *accomplissement, réalisation, résultats réels.* Le mot a été introduit en français dans le domaine des courses de chevaux, au pluriel, à propos des résultats d'un cheval. Il s'est étendu au sens d'exploit, puis de capacité (sens anglo-saxon) et enfin d'action au sens artistique[48].

[48] Rey A. (sous la direction de), *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 1993.

Dans le langage courant, la performance renvoie donc à quatre significations majeures :

- *Les résultats de l'action* : la performance correspond alors à un résultat mesuré par des indicateurs et se situant par rapport à un référent qui peut être endogène ou exogène.

- *Le succès* : la performance renvoie à un résultat positif, et par là même aux représentations de la réussite propres à chaque individu et à chaque établissement.

- *L'action* : dans ce sens plus rare en français qu'en anglais, la performance désigne alors simultanément les résultats et les actions mises en œuvre pour les atteindre, c'est-à-dire un processus. Cette acception est proche de celle utilisée dans les champs de la psychologie et de la linguistique générative.

- *La capacité* : la performance renvoie alors au potentiel.

Regardons à présent l'utilisation du mot dans la littérature sur l'organisation du système de santé[49] :

> « Évaluation et réformes des politiques de santé. Comment évaluer la performance des systèmes de santé dans le monde ». *Problèmes économiques* (2000)
>
> OMS, « Pour un système de santé plus performant » (2000)
>
> Lombrail P, « Les éléments de la performance hospitalière, les conditions de comparaison » (1999)
>
> Hirtzlin I, « La coopération entre organisations comme indicateur de la performance publique : exemple du secteur de la santé » (1999)
>
> Delande G, « Les ARH, instruments d'une meilleure performance publique en matière de planification sanitaire » (1999).
>
> Boudon J, « A la recherche de la performance publique » (1999).

Ici, le terme performance est très ambivalent. Dans chacun de ces titres, le sens retenu pour le mot performance n'est pas explicite : performance en tant que potentiel, performance en tant qu'action, performance en tant que résultat ou performance en tant que succès ? Et c'est ce que souligne la première référence. *« Comment évaluer la performance des systèmes de santé ? »*, cette question pose directement la question

[49] Nous avons interrogé pour cela la Banque de Données en Santé Publique (BDSP) par mot du titre.

préalable de définir ce qu'est la performance des systèmes de santé. Se résume-t-elle à la capacité de ceux-ci à améliorer l'état de santé de la population ? Mais dans ce cas, qu'est-ce que la santé de la population, comment se mesure-t-elle ?

Avant les années 1970, l'OMS définissait la santé comme *« un état de non-maladie »*. Dans ce cas, la performance des systèmes de santé renvoyait à la prévalence et à l'incidence des pathologies dans une population donnée. Depuis les années 1970, l'OMS définit la santé comme *« un état complet de bien-être physique et mental »*, la performance des systèmes de santé devient alors beaucoup plus difficile à appréhender. En effet, les épidémiologistes savent mesurer la prévalence et l'incidence des maladies. En revanche la mesure du bien-être est quelque chose de beaucoup plus délicat, car elle demande de prendre en compte des aspects psychologiques et sociaux difficilement quantifiables.

Définir la performance est par conséquent chose peu aisée. L'utilisation largement répandue de ce vocable pour tout type d'activités (tant dans le domaine professionnel que dans le domaine des loisirs), a vulgarisé ce terme pour en faire un mot vague, dont la signification dépend du contexte, de l'utilisateur et du ton employé, et prête à confusion, chacun l'entendant à sa manière. Or, malgré les confusions de sens, le mot performance s'est largement diffusé dans les discours actuels, que ceux-ci soient économiques ou politiques. Nous avons cherché au-delà des significations formelles du terme performance, les significations du terme en parcourant ses différentes formes d'utilisations.

2. LA PERFORMANCE COMME REPONSE A UN ELARGISSEMENT DES ATTENTES SOCIALES

Nous pouvons noter un changement dans le champ sémantique de ce vocable durant les 15 dernières années. D'un emploi *annexe*, le terme performance est passé à un emploi *central* dans les discours. Le terme performance est à présent un terme qui se suffit à lui seul. Le terme performance a été extrait de l'ensemble des mots *communs* pour rentrer dans l'ensemble des mots *scientifiques* et *techniques* : preuve en est les intitulés de colloques du type *« de la mesure de la performance au changement des pratiques*[50] *»*, preuve en est aussi les slogans d'ordre politique du type *« A la recherche de la performance publique »*. Ce terme se diffuse largement car il a des propriétés *consensuelles*. Il génère le consensus justement parce que chacun en a une interprétation positive quel que soit le sens exact qu'il lui accorde. Par conséquent, personne n'est contre le principe de rechercher la performance publique. Ce sont les objectifs associés à la performance et les moyens mis en œuvre pour les atteindre qui génèrent des controverses.

[50] INSERM, *La performance hospitalière : du malade au système hospitalier*, Actes du séminaire organisé par l'intercommission n° 6 de l'INSERM, 5-6 octobre 1998.

Il suffit de lire les nombreux écrits sur la performance pour constater le changement dans la profondeur sémantique de ce mot : relégué au rang de mot-éponge qui veut tout et rien dire, il apparaît aujourd'hui en tête des intitulés de colloques et de revues scientifiques avec une signification fondamentale mais implicite. La performance devient un concept capital, tantôt une clef de résolution des problèmes actuels, tantôt le phare qui guide les actions. Le mot performance est un mot-éponge, qui embrasse des significations diverses en fonction du contexte d'utilisation et des champs dans lesquels il est utilisé. Le seul point commun semble être la difficulté à en exprimer une définition. Le flou sémantique qui entoure la notion, accentué par le recours aux métaphores mécaniques (les performances de la machine, c'est-à-dire les indicateurs chiffrés caractérisant les possibilités de la machine) et sportives (les résultats obtenus par un cheval ou un athlète lors d'une course) prête à des utilisations ambiguës qui ne sont jamais complètement dues au hasard mais remplissent pour partie une fonction idéologique[51] reflétant une interprétation et un point de vue spécifique.

Nous remarquons que le vocable performance, utilisé jusqu'alors comme un adjectif ou comme un substantif rattaché à un objet *« la performance de… »* devient un concept[52] qui donne lieu à la constitution de divers *corpus* théoriques régis par des principes et des lois. La performance utilisée comme indicateur quantitatif et se référant à des éléments concrets, englobe à présent les dimensions économique, psychologique, sociologique, téléologique de l'organisation tant quantitatives que qualitatives. La performance devient une *discipline* de recherche à part entière.

En clair, le vocable performance est un terme suffisamment vague et connu pour qu'on puisse lui donner toutes les significations voulues et surtout pour que chacun puisse lui donner une signification selon la représentation sociale qu'il se fait de la réalité dans laquelle il s'insère. La notion de performance est décentralisable, généralisable et/ou spécifiable, locale et/ou globale, analytique et/ou systémique.

Nous avons cherché à comprendre dans les discours quels étaient les enjeux que l'on peut déceler au travers de l'intensification de l'utilisation de ce mot.

2.1. UNE REPONSE A LA CRISE DE LEGITIMITE DES OBJECTIFS ECONOMIQUES

Le secteur privé substitue le vocable « performant » au vocable « compétitif ». Cette substitution traduit l'évolution des critères retenus pour qualifier les entreprises. L'appréciation des résultats ne se mesure plus au seul regard de la rentabilité économique et des parts de marché. Les notions de climat social, d'impact sur l'environnement deviennent aussi des critères de performance pour les entreprises de ce secteur.

[51] Bourguignon A., « Sous les pavés, la plage… ou les multiples fonctions du vocabulaire comptable : l'exemple de la performance », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, vol. 3, mars 1997 ; p. 96

[52] Le Petit Robert : *« représentation mentale, générale et abstraite d'un objet »*.

Le capitalisme, d'une part, semble avoir réduit le champ économique à la demande solvable et au travail rémunéré et ne couvre qu'une faible part des besoins sociaux ; la République, d'autre part, n'assure qu'une solidarité minimale qui place les exclus dans un statut d'assisté. Une distinction demeure, dans les représentations de la société qu'ont les acteurs, entre activité économique (relevant principalement d'intérêts particuliers, donc soumis aux règles de la concurrence) et action sociale (relevant de l'intérêt général, donc y échappant).

L'utilisation du concept de performance procède d'une volonté de réunir ces deux aspects dans les missions des organisations, quels que soient leur statut et leur mode de fonctionnement. Partant du postulat que ces deux aspects ne sont pas irréconciliables et que leur imbrication est inévitable étant donné les revendications sociales actuelles, le secteur marchand élargit le concept de compétitivité économique au concept de performance. L'analyse de la compétitivité, par la prise en compte des seuls résultats financiers obtenus permettant à une entreprise de se positionner économiquement sur un marché, fait place à l'évaluation de la performance prenant en compte tant les aspects résultats financiers que les répercussions sociales internes et externes de l'activité. La dimension sociale devient alors source d'avantages concurrentiels.

2.2. UNE REPONSE A LA CRISE DE LEGITIMITE DES POLITIQUES PUBLIQUES

Le secteur public, aujourd'hui, ne parle plus des performances au sens local mais de La Performance au sens global, faisant ainsi référence à l'aspect pluriel et multidimensionnel de la performance, et aussi à l'interdépendance et interaction des éléments la composant. Les finalités du secteur public sont nombreuses et se conjuguent avec les contraintes économiques que son activité impose aux entités économiques.

Lorsque la revue Politique et Management Public organise en 1998 en collaboration avec l'IUP Management Public d'Aix-Marseille son neuvième colloque sur la Performance Publique, près de deux cents propositions de communication sont faites et l'engouement pour le débat est important. En effet, le rôle de l'État et la légitimité des politiques publiques sont largement discutés à l'heure actuelle et l'ouvrage de R. Fauroux[53] en est une illustration. Autant de signaux d'une volonté de marquer un tournant, de montrer un changement dans la régulation des activités avec deux questions essentielles : quelle est la légitimité des choix politiques ? Quelle est la performance de la mise en œuvre publique de ces choix ?

La question de la modernisation du service public n'est pas nouvelle. Les usagers du service public ont clairement affirmé leurs attentes et souligné les inadaptations des services qui leur sont offerts. Entretenant avec son environnement des relations multiples et variées, l'usager-client *« en tout lieu compte sur une information courtoise et efficace,*

[53] Fauroux R., Spitz B., *Notre Etat : le livre vérité de la fonction publique*, Robert Laffont, 2001, 805p.

sur des services variés et de bonne qualité, sur des réponses diligentes, sur des relations personnalisées »[54]. Parallèlement, les agents du service public éprouvent un malaise évident et aspirent à un changement, ils dénoncent *« les rigidités statutaires, la réticence à dialoguer et à déconcentrer, l'immobilisme des structures et des modes de fonctionnement, l'absence de relation partenariales avec l'usager »*[55]. Tout ceci, combiné à un sentiment d'inefficacité et de gaspillage, conduit à dynamiser le service public par une *rupture* sémantique.

L'emploi du concept de performance publique fait alors référence à :

- *« La mise à jour des retards pris par l'organisation publique »*[56] dans son adaptation à l'environnement qui, lui, change rapidement avec l'avènement de la mondialisation, de l'Union Européenne, de l'évolution des comportements, de l'émergence de l'usager-citoyen.
- *« La volonté de s'adapter à la modernité »*[57], c'est-à-dire penser l'État, les collectivités locales et les organismes partenaires comme forces de régulation du marché au service des citoyens, avec pour ambition d'organiser les transformations de la vie sociale et de gérer de manière anticipée les externalités des économies.
- *« L'adoption de comportements modernes »*[58], c'est-à-dire non plus seulement gérer les lois, les décrets et les règlements, mais adopter des pratiques managériales réorganisant la gestion interne améliorant les résultats de l'échelle juridique.

Poser le problème de la performance publique, c'est mieux comprendre son mode d'acception par les nouvelles approches managériales [59] [60] d'une part, mais aussi de mieux comprendre les orientations politiques d'autre part. Le concept de performance est un concept opérant pour la réflexion sur la mise en œuvre publique. Pour les choix politiques, la question qui se pose est la question de la légitimité de ces choix. Étymologiquement, le terme *légitime* renvoie au latin *legitimus* qui signifie *établi par la loi, conforme aux règles*. Puis, le terme *légitimité* est apparu au XVIIIè siècle pour exprimer *la qualité de ce qui est juste*[61]. Qu'est-ce qui est juste en termes de choix de société ? Un choix juste est un choix qui est accepté par une grande majorité de citoyens. *« La notion de légitimité et de système de légitimité est une façon de spécifier la notion voisine de lien social. Elle suppose l'existence de normes symboliques partagées permettant aux membres d'une société d'interagir de façon coopérative*[62] *»*. La crise de légitimité des choix politiques est donc inhérente aux processus de détermination de ces choix, c'est-à-dire aux processus de décision. Il y a un manque de débat public à l'heure actuelle, manque de débat public qui grève la légitimité des orientations politiques.

---

[54] Closets (de) F., (présidé par), *Commission « efficacité de l'Etat » du Xème plan. Le pari de la reponsabilité*, Editions Payot, 1989, 304p.

[55] Closets (de) F., 1989, op. cit.

[56] Gremion C., Fraisse R., *Le service public en recherche : quelle modernisation ?*, La documentation française, 1996, 405p.

[57] Gremion C., Fraisse R., 1996, op. cit.

[58] Gremion C., Fraisse R., 1996, op. cit.

[59] Aktouf O., *Le Management entre tradition et renouvellement*, 3e édition, Gaëtan Morin, 1994, 710p.

[60] Serieyx H., *Le Big Bang des organisations*, Calmann-Levy, 1992, 342p.

[61] Rey A. (sous la direction de), *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 1993.

[62] Laufer R., Burlaud A., « Légitimité », *Encyclopédie de gestion*, tome II, 1991.

2.3. UNE REPONSE A LA CRISE DE LEGITIMITE DE L'ORGANISATION SANITAIRE

Le champ sanitaire élargit la notion de performance parallèlement à l'élargissement sémantique de la notion de santé. La santé inclut aujourd'hui, et ceci de plus en plus, d'après les enquêtes du Crédoc et de l'Insee, une perception positive. Elle recouvre désormais les notions de bien-être et d'adaptation à l'environnement physique et social. La définition retenue par l'OMS de la santé est *« un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité »*.[63] L'amplification du contenu de la santé conduit à une augmentation des missions du secteur sanitaire et par conséquent à une diversification des critères à retenir pour évaluer l'activité d'un établissement.

Le secteur hospitalier, plus particulièrement, s'est saisi du terme performance pour insuffler une dynamique d'amélioration de l'organisation hospitalière. Nous constatons un glissement du terme, d'une utilisation médicale pour qualifier les résultats de traitements médicaux sur l'organisme, à une utilisation organisationnelle pour qualifier l'ensemble des prestations fournies par le système de soins. L'évaluation de l'activité hospitalière se réalise à présent à deux niveaux :

- Le niveau de la qualité, qui correspond à la qualité des soins dispensés une fois le patient entré dans le circuit hospitalier : qualité de l'accueil et accessibilité, qualité du diagnostic, qualité du traitement, ce qui fait alors référence aux risques inhérents à la prise en charge (infections nosocomiales, délais d'attente, erreurs techniques et humaines).
- Le niveau de la performance, qui fait alors référence à la qualité des soins, mais aussi à l'environnement économique et financier de ces soins, donc à la gestion de l'offre de soins.

Ainsi lors du colloque organisé par l'INSERM[64] en 1998 sous l'intitulé *« La performance hospitalière : du malade au système hospitalier »*, ont été présentées des publications portant respectivement sur :

- **La qualité des soins** avec des intitulés du type : « *La normalisation et l'évaluation des pratiques médicales* ». La normalisation des pratiques médicales repose sur le concept d'*Evidence Based Medecine (EBM)*, courant qui propose le développement d'un enseignement de la médecine basé sur une prise en compte de faits (preuves) issues d'une interprétation objective des données de la science et *« des publications médicales dont il devient essentiel d'en apprécier la validité de la méthodologie avant de*

[63] Organisation Mondiale de la Santé/Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, *Les soins de santé primaires : conférences internationales sur les soins de santé primaires*, OMS, Genève, p. 6, 1978.
[64] INSERM, 1998, op. cit.

s'intéresser à leurs résultats[65] *». L'Evidence Based Medecine* a pour objectif de réduire les variabilités de pratiques injustifiées : *« une étude a ainsi montré que la décision d'instituer un traitement antihypertenseur était davantage lié au nombre d'années écoulées depuis l'obtention du diplôme de médecine qu'à la sévérité de l'état du malade*[66] *».* Ainsi la normalisation des pratiques a pour objet d'harmoniser les traitements en standardisant les pratiques sur la base de traitements réputés les plus performants médicalement. Cette normalisation doit conduire à une amélioration directe de la qualité des soins.

- **L'organisation de l'hôpital** avec des intitulés du type : « *Les composantes cliniques et gestionnaires de la performance »*. Les hôpitaux sont alors présentés dans leurs problématiques organisationnelles. Les modèles *classiques* d'organisation professionnelle s'appuyant sur une domination médicale sur la production de soins ne sont plus adaptés pour appréhender l'hôpital et orienter les actions d'amélioration de son organisation. *« À la recherche d'un modèle mieux adapté, plusieurs hôpitaux se sont engagés dans des démarches de restructuration s'appuyant sur la présomption qu'elles allaient commander de nouvelles façons de travailler*[67] *».* Les composantes gestionnaires de la performance renvoient alors directement à la structuration des établissements de soins, aux modes de coordination mis en œuvre, au contrôle et pilotage de l'activité, à la diffusion de l'information en interne et en externe.

- **L'organisation du secteur hospitalier et les coûts** avec des intitulés de communication du type : *« Performance, planification et décentralisation »*. Le développement des coûts du système de santé conduit à s'interroger sur l'organisation du secteur hospitalier. Le nouveau *design institutionnel* défini par les réformes de 1991 et 1996 a entre autres pour objectif d'infléchir l'évolution des dépenses hospitalières. La dimension *coûts* entre directement dans le champ de la performance hospitalière.

- **Le changement** avec des intitulés du type : *« La performance comme incitation à modifier les pratiques »* et aussi *« La performance comme objectif des transformations du secteur hospitalier »*. La recherche de performance est liée à l'évaluation de celle-ci, donc au diagnostic de l'activité. Par conséquent cette recherche de performance constitue l'occasion de mettre à plat l'ensemble de cette activité, condition nécessaire au changement.

La performance couvre dans le secteur sanitaire différentes dimensions de l'activité hospitalière : les pratiques médicales, les processus de prise en charge, les systèmes d'information, la satisfaction des parties prenantes et les coûts. Deux questions essentielles se posent alors :

---

[65] Durieux P., « Evidence Based Medecine : une médecine normalisée ou la promotion de l'esprit critique ? », *Actes du colloque INSERM : La performance hospitalière, du malade au système hospitalier*, 5-6 octobre 1998, pp. 2-12.

[66] Sackette D.L., Haynes R.B., « De la nécessité d'une médecine basée sur des faits prouvés », EBM journal, n° 5, 1996, cité in Durieux P., 1998, op. cit.

[67] Lamothe L., « Pratiques cliniques et gestion hospitalière », *Actes du colloque INSERM*, 1998, op. cit.

- Quels sont les critères de performance à retenir ? Cette question renvoie à la hiérarchisation des différentes dimensions de la performance : doit-on accorder plus d'importance à la dimension médicale ou à la dimension soignante ? Est-ce que la tenue du dossier patient relève de la performance du système de santé et dans quelle mesure ?
- Pourquoi ne parvient-on pas, alors que tout le monde est d'accord sur le diagnostic du système de santé, à améliorer la performance du système ?

En effet, les nombreuses manières d'appréhender la performance obligent à poser explicitement les référentiels existants et à définir des priorités dans la recherche de performance. Ce manque définition claire des priorités conduit au *statu quo*. Tout le monde est d'accord sur le diagnostic, mais personne ne remet véritablement en cause ses modes de faire, car personne ne sait dans quel sens agir.

Si la performance apparaît comme une préoccupation nationale émergente répondant à certains besoins de changement dans les référentiels de l'action économique et sociale, les réflexions autour du champ de ce mot ne sont cependant pas propres à la France. Ainsi, l'OMS a injecté le virus de la performance à l'ensemble des nations par la publication de son rapport sur la santé dans le monde en 2000.

3. LE CADRE INTERNATIONAL DE LA PERFORMANCE DES SYSTEMES DE SANTE

Depuis ces trente dernières années, l'économie de la santé s'est imposée comme une discipline à part entière produisant l'information de gestion pertinente, notamment par l'information macro-économique qu'elle produit. L'augmentation des coûts de la santé, en raison des immenses progrès technologiques, mais aussi de l'élargissement des champs, des actions et des politiques de santé, conduit à s'interroger sur le périmètre du financement de la santé. Les besoins illimités face aux ressources limitées ont conduit les économistes à élaborer des modèles d'analyse pour guider les choix et orienter les actions. Ces modèles constituent des approches permettant de dégager des critères « objectifs » de décision face à un problème de santé publique. Les finalités de ces modèles sont de pouvoir établir des comparaisons entre plusieurs programmes de santé possibles, entre plusieurs combinaisons des ressources possibles, entre plusieurs activités possibles afin de prendre les mesures optimales en termes de santé publique.

Jusqu'alors, ces méthodes reposaient sur la recherche d'un indicateur composite permettant de prendre en compte toutes les dimensions du système de santé. Ces méthodes de type coût/efficacité ont l'avantage d'être fortement normative, donc d'« objectiver » la décision. Le rapport de l'OMS sur les performances des systèmes de santé, paru en 2000, amorce de nouvelles tendances dans l'appréhension et l'évaluation des performances des systèmes de santé en élargissant les critères retenus. Ce rapport engage une véritable réflexion sur la gestion du système hospitalier (dont les dépenses en France atteignent presque la moitié des dépenses de santé) et sur le besoin d'information de gestion inhérent à cette réflexion. L'OMS dans son rapport pose directement trois questions : quelle est l'organisation des systèmes de santé ? quel est l'impact de cette organisation sur les performances globales ? que peut-on évaluer et comment peut-on l'évaluer ?

Nous présentons dans cette section, les comparaisons internationales menées traditionnellement pour apprécier les résultats des systèmes de santé ; puis nous présentons une synthèse du rapport de l'OMS avec les problématiques novatrices soulevées.

3.1. LES ÉTUDES COUT/EFFICACITE

L'hypothèse de départ des analyses coût/efficacité est que le système de santé a pour objectif de maximiser la santé de la communauté compte tenu des moyens disponibles. Quand on fait un choix sur les ressources à consacrer à de nouvelles activités, il n'est donc pas suffisant de montrer que cette activité est utile, il faut en plus faire la démonstration que cette activité est la plus utile compte tenu de ce que l'on pourrait réaliser avec les ressources disponibles (concept de coût d'opportunité). Tout franc utilisé

à un usage n'est plus disponible pour un usage alternatif, d'où la nécessité de rationaliser l'utilisation de chaque franc dépensé en santé, de façon à en tirer le plus grand bénéfice possible, pour le plus grand nombre.

La plupart des travaux de recherche sur la performance du secteur sanitaire dans son ensemble, ou d'une action particulière, retiennent comme critère la notion de coût-efficacité[68]. L'objet de l'étude est performant si l'on obtient une efficacité optimale au moindre coût.

L'appréciation de la performance globale d'un système de santé retient alors deux critères principaux : l'un pour la notion d'efficacité, l'état de santé de la population, et l'autre pour les coûts, les dépenses totales de santé. Il reste alors à définir ce qu'est l'efficacité et le moindre coût pour le système de santé.

Généralement, la fonction reliant les deux critères retenus est considérée comme une fonction à rendements décroissants, c'est-à-dire qu'il faut augmenter de plus en plus les dépenses pour un même accroissement de l'état de santé global. Dans ce cas, la question essentielle est de savoir où la nation se positionne sur la courbe de l'état de santé de la population et quels sont les efforts à consentir pour passer d'un état de santé à un autre. En d'autres termes : à quel moment l'état de santé sera-t-il « saturé ».

Pour cela, l'État dispose de deux bases de comparaison :

- Les données d'autres pays considérés comme similaires en termes de développement économique et social.
- L'évolution dans le temps des deux critères sur son propre territoire.

Les indicateurs retenus pour mesurer ces deux critères sont :
Pour l'état de santé de la population : indicateurs de mortalité et de morbidité

- espérance de vie.
- taux de mortalité standardisé par âge.
- mortalité prématurée.
- taux d'incidence (nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée dans l'année).
- taux de prévalence (nombre de cas total dans la population).
- taux d'incapacité et de désavantage.

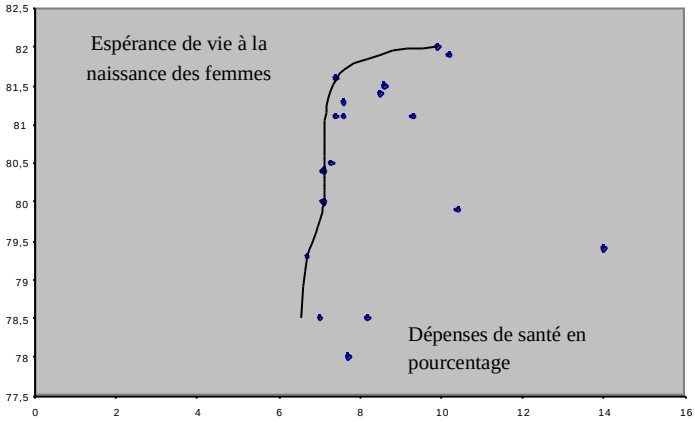
Pour le niveau de dépenses, l'indicateur retenu est le montant total des dépenses affectées à la santé. La comparaison avec le montant de ces deux critères dans d'autres pays doit permettre d'apprécier la performance du système de santé. La relation entre ces deux critères n'est cependant pas déterminée avec précision, car si l'on regarde le niveau de ces critères dans différents pays considérés comme de même niveau de développement, on constate une forte disparité et une non-continuité dans la relation. En effet, si l'on réalise une étude comparative entre quelques pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économique), on constate qu'il n'y a pas de relation stable entre niveau des dépenses et indicateurs de l'état de santé de la population. Ainsi, les États-

[68] Beresniak A., Duru G., *Economie de la santé*, Masson, 4è édition, 1997, 182p.

Unis se situent en première position en ce qui concerne le pourcentage de dépenses de santé par rapport au PIB, alors qu'ils sont « classés » dixième en terme d'espérance de vie à la naissance des femmes[69].

Figure 2 : Étude comparative entre plusieurs pays de l'OCDE sur un indicateur d'État de santé de la population (OCDE 1999)

1996	Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	Espérance de vie à la naissance des femmes
Allemagne	10,4	79,9
Belgique	7,6	81,1
Canada	9,3	81,1
Danemark	7,7	78
Espagne	7,4	81,6
Etas-Unis	14	79,4
Finlande	7,3	80,5
France	9,9	82
Grèce	7,1	80,4
Irlande	7	78,5
Italie	7,6	81,3
Luxembourg	7,1	80
Norvège	7,4	81,1
Pays-Bas	8,5	81,4
Portugal	8,2	78,5
Royaume-Uni	6,7	79,3
Suède	8,6	81,5
Suisse	10,2	81,9



___ : courbe des optima de Paréto

La représentation de ces données sur un repère à deux dimensions nous montre que, pour un même pourcentage de dépenses de santé par rapport au PIB, on peut avoir des espérances de vie très différentes. Les systèmes de santé performants sont alors ceux, qui pour un même niveau de dépenses ont un état de santé plus élevé, ou qui pour un même état de santé ont un niveau de dépenses inférieur.

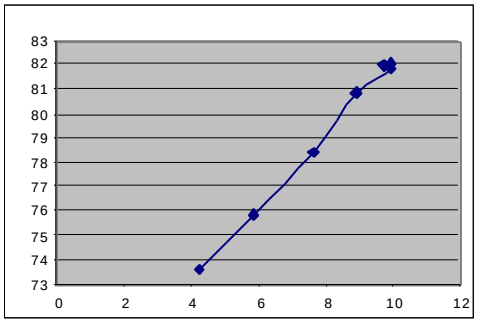
Nous pouvons tracer la courbe des optima de Paréto. Chacun des points de cette courbe représente une combinaison optimale (on ne peut augmenter l'un des critères sans augmenter l'autre). En revanche les points à droite de la courbe représentent des systèmes non performants : les États-Unis par exemple pourraient obtenir le même niveau d'espérance de vie en ne consacrant que 6,7 % de leur PIB aux dépenses de santé (tel le Royaume–Uni). L'appréciation de la performance dans ce cas repose sur le principe que « toutes choses égales par ailleurs ». Or les pays ont des particularités historiques, culturelles, des priorités et des modes de fonctionnement très différents. L'enseignement d'une telle étude est par conséquent limité en termes d'objectif de dépenses de santé.

Si l'on regarde à présent la courbe formée par ces deux critères pour la France depuis 1960, la relation reste indéfinie.

[69] Nous avons retenu un seul indicateur de l'état de santé de la population car il ne nous est pas possible d'obtenir un seul composite de l'ensemble des indicateurs utilisés. De plus, tous les indicateurs évoluent dans le sens positif sur l'état de santé quand le niveau global des dépenses augmente. Par ailleurs, nous constatons que la structure de répartition des dépenses de santé est relativement stable dans le temps.

Figure 3 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance des femmes en France entre 1960 et 1997 (OCDE 1999)

France	Espérance de vie à la naissance des femmes		Dépenses totales de santé	
Années	Nombre d'années	Variation	Pourcentage du PIB	Variation
1960	73,6		4,2	
1970	75,9	3,1%	5,8	38,1%
1980	78,4	3,3%	7,6	31,0%
1990	80,9	3,2%	8,9	17,1%
1995	81,9	1,2%	9,9	11,2%
1996	82	0,1%	9,7	-2,0%
1997	82,1	0,1%	9,9	2,1%



Entre 1990 et 1997, les dépenses de santé ont augmenté de 1,120 %, pour une amélioration de l'espérance de vie à la naissance des femmes de 1,483 %. L'évolution de ces deux indicateurs fait dire à certains que nous pouvons encore obtenir des améliorations notables de cet indicateur par une augmentation des dépenses. On entend d'ailleurs, par le biais des médias, certains chercheurs en médecine affirmer que l'espérance de vie des femmes pourrait atteindre 120 ans rapidement.

Les conclusions de l'analyse coût-efficacité de la performance d'un système de santé sont par conséquent discutables, et il semble que l'on puisse en dire ce que l'on souhaite en termes de politique sanitaire.

Ceci pose le problème de la possibilité de comparer dans l'espace (entre pays) et dans le temps (évolution historique) les performances de systèmes de santé sur le critère de coût/efficacité des ressources engagées. Peut-on en effet affirmer que le système de santé américain est moins performant que le système français sur ce seul critère ? Quant à ce qui concerne le choix entre plusieurs programmes de santé publique, la méthode de choix coût/efficacité n'engendre pas toujours de bonnes décisions. *« Certaines interventions sanitaires sont peu rentables mais, comme elles ne coûtent pas cher, on les diffuse à une large population : exemple de l'utilisation systématique d'antibiotiques pour traiter des maladies virales malgré leur inefficacité en pareil cas »*[70]. A contrario, certains programmes ne sont pas mis en œuvre car l'analyse coût/efficacité ne permet pas d'en souligner les performances réelles sur la santé de la population.

Malgré cela, l'analyse coût/efficacité est importante pour déterminer les services qui permettront de tirer un maximum d'avantages sanitaires des ressources disponibles, mais il y a trois choses que ces analyses ne nous donnent pas :

- Ces analyses ne permettent pas de repérer les erreurs d'affectation de ressources car elles s'attachent à évaluer les nouvelles technologies et négligent la répartition actuelle des moyens de production des activités[71].

[70] OMS, 2000, op. cit.

[71] Murray C.-J.L. et alii., « Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis », *GPE discussion paper*, n° 4, Genève, OMS, 1999.

- Le coût des interventions varie largement d'un pays, d'un contexte et d'un mode d'intervention à l'autre[72].
- L'efficacité des interventions est accrue quand celles-ci sont couplées avec d'autres interventions[73].

3.2. LE RAPPORT DE L'OMS : UN ELARGISSEMENT DES CRITERES D'APPRECIATION

L'OMS a présenté un rapport en l'an 2000 sur la santé dans le monde, intitulé *« Rapport sur la performance des systèmes de santé dans le monde 2000 »*, dans lequel l'OMS élargit les critères d'évaluation retenus. L'analyse coût/efficacité est une composante de l'analyse de performance mais celle-ci est complétée par des critères d'égalité et de répartition des bénéfices d'un programme de santé publique.

Ce rapport a pour objet d'examiner en détail les systèmes de santé existants au travers des questionnements suivants :
- Que faut-il pour avoir un bon système de santé ?
- Qu'est-ce qui le rend équitable ?
- Comment savoir si un système de santé est aussi performant qu'il devrait l'être ?

Ceci afin d'aider tous les intéressés à avoir un *« jugement équilibré »*[74]. Ce rapport fait date dans la mesure où il constitue le premier effort de représentation de l'ensemble des systèmes de santé, afin de pouvoir les comparer entre eux et les évaluer. Ce rapport constitue une grille de réflexion et d'action sur les systèmes de santé par l'ampleur de son investigation. Il présente l'intérêt de mener une réflexion approfondie sur les forces qui façonnent la performance et sur les mesures propres à l'améliorer.

3.2.1. Les dimensions de la performance

Il est difficile de déterminer où commence et où finit le système de santé. La définition de service de santé retenue dans le rapport de l'OMS est *: « la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires. Une intervention sanitaire s'entend de tout effort dont l'objectif principal est d'améliorer la santé dans le cadre de soins de santé individuels, d'un service de santé publique ou d'une initiative intersectorielle. »*[75] Un système de santé inclut toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé. Les services de santé officiels, y compris la prestation par des professionnels de soins médicaux et individuels, se situent manifestement à l'intérieur de ces limites. Il en va de même des actions des

[72] Hammer J., « Economic Analysis for Health Projects », *Policy research working papers,* n° 1611, Washington, DC, Banque Mondiale, 1996.
[73] OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 1999, pour un réel changement*. Genève, 1999, document non publié, WHO/WHR/99.1.
[74] Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS en 1998, *Rapport sur la performance des systèmes de santé dans le monde, 2000* ; Introduction.
[75] OMS, 2000, op. cit. ; p. xi.

guérisseurs traditionnels et de toute forme de médication, qu'elles soient ou non prescrites par un prestataire, ainsi que des soins à domicile. Des activités traditionnelles de santé publique comme la promotion de la santé et la prévention des maladies, et d'autres interventions favorables à la santé comme l'amélioration de la sécurité routière et de l'environnement font aussi partie d'un tel système. En revanche, les mesures qui ont un objectif principal autre que la santé (l'éducation par exemple) n'entrent pas dans cette définition, même si elles ont des retombées favorables à la santé.

La définition de la performance retenue est l'obtention des *« meilleurs résultats possibles avec les mêmes ressources »*[76]. L'objectif principal du système de santé, qui est l'amélioration de la santé de la population, se décline en trois sous-objectifs : il s'agit à la fois d'atteindre le meilleur niveau de santé moyen possible, ce qui suppose un système apte à bien répondre aux attentes de la population (qualité), et de réduire au minimum les écarts entre les individus et entre les groupes, c'est-à-dire assurer à chacun la même qualité de soins, sans discrimination (équité).

Différents niveaux d'objectifs sont distingués. Les objectifs primaires sont les objectifs qui ont une valeur intrinsèque ; les objectifs secondaires ou intermédiaires sont des moyens pour atteindre les objectifs primaires et non des objectifs en soi. Les objectifs secondaires cités dans le rapport sont : accessibilité, continuité, efficience. L'attention portée aux objectifs secondaires provient du fait que la réalisation de ces objectifs augmente la probabilité de réalisation des objectifs primaires, difficilement mesurables. Le degré de réalisation des trois objectifs dépend essentiellement de la mesure dans laquelle les systèmes parviennent à s'acquitter de quatre fonctions vitales : la prestation de services, la production de ressources, le financement et l'administration générale.

In fine, l'OMS retient trois dimensions distinctes de la performance d'un système de santé, l'amélioration de la santé, la réactivité et la contribution financière équitable *: « les trois objectifs peuvent être dissociés, ainsi qu'en témoigne souvent le mécontentement des gens à l'égard d'un système dont les résultats sanitaires sont satisfaisants »*[77].

Les définitions ainsi posées montrent une évolution dans la manière d'appréhender le système. En effet, l'engagement de ressources, engagement traduit par les coûts, ne représente plus la seule modalité d'amélioration de la santé publique. Les fonctions d'administration générale, d'investissement et de formation ainsi que l'organisation des prestations de services apparaissent comme des facteurs de performances.

S'il apparaît comme évident que le seul engagement de ressources ne garantit pas une amélioration de la performance, la notion de performance est peu définie dans le rapport et ce sont les leviers d'action de la performance, qui sont largement étudiés, et non les fondements eux-mêmes de la performance.

[76] OMS, 2000, op. cit. ; p. 25.
[77] OMS, 2000, op. cit. ; p. 26.

3.2.2. Les indicateurs de performance du système de santé

Pour mesurer le niveau de santé, cinq indicateurs sont retenus : le niveau de santé général, la distribution de la santé dans la population, le degré général de réactivité, la distribution de cette réactivité et la répartition de la contribution financière. Le terme indicateur est utilisé pour présenter ces items.

Afin d'évaluer l'état de santé général de la population et ainsi, apprécier dans quelle mesure l'objectif d'une bonne santé a été atteint, l'OMS a eu recours à l'Espérance de Vie Corrigée de l'Incapacité (EVCI) qui présente l'avantage d'être directement comparable à l'espérance de vie estimée à partir de la seule mortalité et qui se prête aisément à des comparaisons entre populations. L'EVCI se définit comme *« l'espérance de vie avec l'équivalent d'une pleine santé »*[78]. En tant que mesure synthétique de la charge de morbidité pour l'ensemble des causes dans une population. Cet indicateur présente deux avantages selon les auteurs du rapport : il est facilement compréhensible d'une part et aisément calculable d'autre part[79].

La correction de l'espérance de vie par les incapacités présente l'intérêt de tenir compte de l'état physiologique des individus. Il est en effet précisé que l'influence des incapacités est tout à fait notable dans les pays pauvres où les enfants et les jeunes adultes sont victimes de traumatismes, atteints de cécité ou de paralysie et souffrent des effets invalidants de plusieurs maladies tropicales comme le paludisme et la schistosomiase. La dissociation entre les années vécues en bonnes santé et les années vécues avec une incapacité creuse un peu plus encore l'écart entre l'état de santé des « riches » et l'état de santé des « pauvres ». Ceci permet alors de mesurer les inégalités de santé.

La réactivité ne se mesure pas à la façon dont le système répond aux besoins de santé, qui apparaît dans les résultats obtenus sur le plan sanitaire, mais plutôt aux performances du système dans les domaines autres que la santé et à sa capacité à répondre aux attentes de la population quant à la façon dont elle souhaite être traitée par les prestataires de soins préventifs, curatifs et collectifs. Certains systèmes ont un degré de réactivité extrêmement faible[80]. Dans les régions industrialisées, les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes varient considérablement d'un pays à l'autre. En faisant de la réactivité un objectif intrinsèque des systèmes de santé, l'OMS reconnaît que ces derniers sont au service des individus, dont on ne peut plus se contenter d'évaluer le degré de satisfaction à l'égard des seuls soins médicaux qu'ils reçoivent. La notion générale de réactivité peut se décomposer de plusieurs manières. Distinction entre les aspects relatifs au respect de la personne, qui sont essentiellement subjectifs et jugés au premier chef par les patients, et des aspects plus objectifs qui se rapportent à la façon dont un système répond à certaines préoccupations fréquemment exprimées par les patients et leurs familles en tant que clients du système de santé et que l'on peut parfois directement

[78] OMS, 2000, op. cit. ; p. 167.

[79] Il est précisé que cet indicateur se calcule à l'aide de la méthode Sullivan basée sur des données par âge concernant la prévalence des issues non fatales.

[80] Bibliographie donnée dans le rapport de l'OMS à ce sujet : Gison L., Alilio M., Heggenhougen K., Community Satisfaction with Primary Health Care Services : an Evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania », *Social science and medicine*, vol. 39, n° 6, 1994, pp. 767-780.

observer dans les établissements sanitaires. Un aspect aussi subjectif de la performance d'un système de santé que la réactivité sera jugé différemment selon que l'on s'attache à telle ou telle caractéristique du système ou selon les personnes interrogées.

Cependant, les mesures de cet indicateur telles qu'elles sont relatées dans le rapport cherchent à neutraliser les différences dues à des cultures différentes et des niveaux de développement différents, étant donné que les « pauvres » sont généralement moins exigeants que les « riches », et se contentent plus facilement de services peu attentifs à leurs besoins, les mesures de la réactivité doivent tenir compte de ce décalage ainsi que des différences culturelles entre pays. La réactivité fait référence aux attentes qui dépendent elles-mêmes du degré de développement du système de santé. Cette dimension de la performance repose sur l'adéquation entre les attentes et ce qu'offre le système de santé et tient par conséquent compte des différences culturelles. Vouloir neutraliser ces différences signifie pour nous qu'il pourrait exister un système meilleur dans l'absolu. Or, nous considérons que plus un système dispose de ressources, plus il est apte à répondre aux attentes de la population, mais on ne peut pas affirmer que les modes d'attention vis-à-vis des patients sont les mêmes. Les critères d'« éthique » fixés dans certaines sociétés ne sont pas forcément les mêmes dans d'autres, sans que nous puissions émettre un jugement de valeur sur ceux-ci.

Un financement équitable du système de santé suppose que les risques financiers auxquels est exposé chaque ménage en raison des coûts du système sont répartis en fonction de la capacité à payer et non du risque de maladie : un système financé de façon équitable offre une protection financière à tous, et pas seulement à certain. Le fait de devoir payer les soins de santé peut donner lieu à deux sortes d'injustices. Soit les familles risquent d'avoir de grosses dépenses imprévues, c'est-à-dire des frais inopinés qu'elles doivent payer directement au moment de l'utilisation des services parce qu'elles ne sont couvertes par aucune forme de prépaiement. Soit les paiements sont dégressifs par rapport au revenu : les plus démunis paient proportionnellement plus que les plus nantis.

La solution au premier problème consiste à réduire au minimum la part de financement direct et à privilégier le plus possible un mode de paiement plus prévisible qui ne soit pas lié à la maladie ou à l'utilisation des services. Pour résoudre le second, il faut veiller à ce que chaque forme de prépaiement soit au moins proportionnelle au revenu et fonction de la capacité à payer et non du risque sanitaire. *« En résumé, les soins de santé sont financés de manière parfaitement équitable si le rapport entre le total des dépenses de santé et le total des dépenses non alimentaires est identique pour tous les ménages, indépendamment de leur revenu, de leur état de santé ou de leur utilisation du système de santé »*[81]. Ceci signifie que la part des dépenses de santé restant à la charge des ménages doit être « équiproportionnelle » à la part des dépenses non vitales pour chaque ménage. Ainsi, les ménages à bas revenus ont une consommation non alimentaire réduite par rapport aux ménages à haut revenu et devraient avoir à supporter des dépenses de santé réduite.

[81] OMS, 2000, op. cit. ; p. 40.

A partir de ces critères et des indicateurs utilisés pour les évaluer l'OMS effectue un classement des différents systèmes de santé selon les différentes dimensions de la performance retenue puis selon la performance globale, c'est-à-dire réunissant l'ensemble des critères.

Le tableau ci-dessus est un extrait du tableau représentant l'ensemble des États membres de l'OMS dans le rapport sur la santé. Ce tableau est un classement des systèmes de santé selon chacun des indicateurs de performance retenus pour évaluer la performance des systèmes de santé.

La mesure de la performance des systèmes de santé en termes de réalisations sanitaires a été établie en prenant compte des indicateurs de mortalité et de morbidité. La distribution a été mesurée par une estimation des causes de décès et de la répartition au sein de la population selon certaines caractéristiques des individus.

Pour mesurer les résultats en termes d'équité de la contribution financière, les auteurs sont partis de la notion de contribution d'un ménage au financement des systèmes de santé définie comme le rapport des dépenses totales du ménage pour sa santé au montant permanent de son revenu situé au-dessus du minimum de subsistance. Le total des dépenses de santé du ménage comprend ses contributions au financement du système de santé par le biais de l'impôt sur le revenu et des impôts indirects, des cotisations de sécurité sociale, des primes d'assurance privée volontaire et des paiements directs.

Les indicateurs composites fournis repose sur une même logique de pondération des critères les composant. Les coefficients de pondération ont été définis à partir d'une enquête menée auprès d'un millier de praticiens de la santé publique dans plus de 100 pays. Les coefficients de pondération sont : 25 % pour le niveau de santé, 25 % pour la distribution de santé, 12,5 % pour le degré de réactivité, 12,5 % pour la distribution de la réactivité et 25 % pour l'équité de la contribution financière.

L'indice de performance en matière de niveau de santé indique avec quelle efficacité les systèmes de santé parviennent à convertir leurs dépenses en santé. Cette performance est définie comme le rapport entre les niveaux de santé atteints et ceux qui pourraient l'être par le système de santé le plus efficace. Par conséquent, la performance est définie comme un écart entre le réalisé et le maximum possible.

La performance globale des systèmes de santé a été mesurée par un procédé similaire qui consiste à rapporter les résultats d'ensemble du système de santé aux dépenses de santé et autres déterminants non sanitaires du système représentés par le degré d'instruction. Ainsi, les résultats obtenus en termes de classement nous font apparaître que la France a la performance globale la plus élevée, alors que, pour la dimension distribution de santé, elle est en 12e position. Le Royaume-Uni a une performance en termes de distribution de santé qui le situe au 2e rang et se situe, en termes de performance globale, au 18e rang.

3.2.3. Les enseignements du rapport

Intérêt du « modèle » proposé par l'OMS dans son rapport :

- **Raisonnement en termes d'objectifs primaires et secondaires**. Il ne faut pas se tromper sur les véritables objectifs. Parfois pour des raisons de commodités on mesure ou l'on concentre ses efforts sur des objectifs secondaires. Il arrive par conséquent que l'objectif secondaire « supplante » l'objectif primaire et devienne une fin en soi.

- **Détermination d'un ordre de priorité** (p. 56) : *« le présent chapitre examine comment fixer un ordre de priorité des services que doivent assurer les systèmes de santé et passe en revue les choix et mécanismes qui entrent en jeu dans le rationnement qu'implique cet ordre de priorité. Il décrit ensuite les facteurs organisationnels qui permettent de veiller à ce que les individus reçoivent des services appropriés au moment opportun ».*
- **Appréhension de la performance en termes d'écart** qui est pour nous intéressante. Cependant dans le rapport de l'OMS cet écart est un écart entre l'observé et le potentiel maximum. Or, il nous semble que la détermination du potentiel maximum est difficile. Celle-ci peut se faire à dire d'experts, à l'aide de méthodes tel le DEA[82] qui définissent des frontières déterministes ou à l'aide de méthodes de type COLS (Corrected Ordinary Least Squares), méthodes de type stochastiques. De plus le potentiel fait référence à des objectifs « absolus » du système de santé, c'est-à-dire valables dans tous les pays.
- **Prise en compte des aspects organisationnels**. L'OMS au-delà des aspects financiers, reconnaît à l'organisation un rôle important dans la performance des systèmes de soins. Le financement n'est plus la seule condition nécessaire à l'amélioration de la santé d'une population, l'organisation joue un rôle important dans l'accessibilité et dans l'équité des soins, ainsi que dans la qualité intrinsèque de ceux-ci en termes d'adéquation de l'offre à chaque demande.

Les limites :
Le rapport produit par l'OMS a une forte portée médiatique et les conclusions que celui-ci contient sont largement diffusées. Le classement des pays en termes de performances des systèmes de santé attribue à la France le premier rang de performance globale, résultat qui a vite été répandu. Or, de telles comparaisons, en dehors de leur contexte méthodologique peuvent induire des conclusions erronées. S'il est vrai que la France apparaît comme le numéro 1 de la performance globale, ceci n'est vrai qu'avec les méthodes de calcul utilisées et selon des fondements de performance propres aux pays développés occidentaux.

L'OMS précise d'ailleurs dans son rapport que :
- Des difficultés importantes ont été rencontrées pour collecter les données nécessaires dans certains pays. Ceci signifie que l'homogénéité des informations selon les pays n'est pas assurée.
- Pour pondérer les éléments subjectifs du système de santé en fonction de l'importance accordée par les bénéficiaires du système, des questionnaires ont été envoyés à des experts de certains pays (pas tous) puis la même pondération a été utilisée pour tous les pays.

Ce type de comparaisons doit être réalisé avec prudence car la forte lisibilité et compréhension des résultats par tous conduit à une importante médiatisation de ceux-ci là où les méthodes d'analyse sont imprécises. Le classement proposé occulte toute la réflexion menée sur la performance des systèmes de santé et notamment tous les éléments nouveaux du rapport 2000.

[82] Data Envelopment Analysis.

Les techniques de comparaisons sont utilisées pour améliorer les processus de production. Le classement ainsi effectué par l'OMS conduit à définir des référents de performance des systèmes sanitaires, référents universels. Ainsi, si l'on considère que la France est le référent en termes de performance sanitaire, alors les autres pays devront faire tendre leur système vers celui de la France en termes de financement, de régulation et d'organisation de l'activité sur le territoire. Or, la transférabilité de ces paramètres n'est pas évidente pour tous les pays. La nature du contexte peut gêner la transposition des paramètres, voire les rendre inopérants.

SYNTHESE CHAPITRE I

Ce premier chapitre avait pour objectif de définir la performance afin de poser les bases de notre travail de recherche. Il apparaît, au terme de celui-ci, que la performance est un concept ambigu dans la mesure où il est employé de manières très diverses, d'une part, mais où surtout, d'autre part, il soulève la question des fondements de celle-ci sans jamais la poser ouvertement. La crise de légitimité que connaissent les objectifs économiques est due à l'échec constaté de l'activité économique à répondre aux attentes de la population. Cette crise de légitimité est due à une remise en cause des fondements strictement économiques de la performance au profit des fondements sociaux de la performance. Le sommet de l'Organisation Mondiale du Commerce qui s'est tenu en novembre 2001 est une traduction directe des problématiques liées aujourd'hui à la performance et de la nécessaire réflexion sur les fondements de notre société avec toujours en toile de fond la recherche d'une réconciliation de dimensions de la performance incompatibles. Ainsi, par exemple, le protectionnisme favorise les entreprises nationales, donc l'emploi national, mais freine le développement des pays les moins développés et par conséquent leur niveau de vie sur le long terme. Que faire alors ? Aucun modèle n'est opérationnel pour dicter notre conduite face à de telles propositions. Les choix sont inévitables, et ces choix ne peuvent faire l'impasse sur une concertation et un véritable débat public.

Le secteur public n'est pas épargné par cette crise de légitimité et celle-ci remet en cause les modalités de son action. Celle-ci est considérée comme trop coûteuse au regard des résultats obtenus et la crise de légitimité s'étend alors au rôle de l'État lui-même. Quels sont les secteurs économiques et sociaux dans lesquels celui-ci peut légitimement agir ?

Les hôpitaux quant à eux se trouvent confrontés à une crise de légitimité qui affecte leurs modes de fonctionnement et la nécessaire rationalisation de l'activité mais aussi leur rôle au sein du système de santé. Aujourd'hui dans le système de santé français l'hôpital n'a plus le même rôle à jouer que lors des années 1940 et des années 1950. Ce rôle renvoie lui aussi à des choix de société à débattre publiquement.

Au fond, cette crise de légitimité renvoie à la récurrente question des choix de société et des fondements de la performance qui en émanent. Or, les travaux réalisés par l'OMS sur la performance des systèmes de santé dans le monde occultent la question des choix de société et mène une comparaison entre systèmes de santé implicitement sur la base des référentiels actuels des pays développés occidentaux. Cette comparaison des systèmes de santé des différents pays se développe de plus en plus avec le développement de problématiques qui dépassent les frontières d'un seul pays. Certes, un intérêt indéniable de ce type de démarche est de mieux comprendre les problèmes rencontrés. En effet, tout comme le « détour par l'histoire » est source d'enseignements, le *« détour par*

l'étranger »[83] permet d'appréhender d'autres expériences, telles que les causes et conséquences de succès et d'échecs. La recherche sur l'organisation sanitaire est selon la MIRE (MIssion REcherche du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville), culturellement « autocentrée » en France[84] et ce type de démarche est un moyen de sortir de ses propres représentations et échelles de valeurs pour les relativiser. Les recherches comparatives internationales fournissent alors un éclairage essentiel sur ce qui constitue la spécificité de l'organisation du système de santé en France. Ce type de comparaison permet d'appréhender différemment son propre système et de prendre du recul par rapport à celui-ci pour en faire une analyse critique.

Cependant, la comparaison ne saurait se résoudre à la simple identification des meilleures pratiques. Elle va bien au-delà car elle suppose un travail approfondi de mesure des performances propres à chacun des systèmes. La comparaison ne peut s'arrêter sur quelques indicateurs. La transposabilité des formes d'organisation n'est pas immédiate. D'une part, parce que la signification de mots et concepts similaires d'une langue ou d'un pays à l'autre recouvre parfois des fonctions totalement dissemblables[85]. D'autre part, parce que chaque paramètre s'inscrit dans un système de valeurs et de normes sociales spécifiques. Le corollaire de ceci est que chaque pays a ses propres fondements de société et ses propres attentes vis-à-vis de la société elle-même et de l'État.

Le risque de non-pertinence des comparaisons est dû aux différences d'appréhension de la valeur selon les systèmes. En effet, la valeur ajoutée par les systèmes de santé n'est pas perçue de la même manière selon les pays, notamment du fait de développements différents qui engendrent des niveaux d'exigence différents. Lorsque la prise en charge hospitalière a accentué son développement, favorisé par la création de la Sécurité Sociale, les notions de respect de l'intimité et de qualité des repas ne faisaient pas partie de la valeur accordée à la prise en charge. Aujourd'hui, ces deux éléments constituent des critères non négligeables de valorisation de l'activité. Par conséquent la transposition radicale de certains paramètres et de certains instruments de gestion risque de provoquer un manque de cohérence dans les valeurs.

[83] MIRE, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Rencontres d'Oxford, 1995, vol. 1, 620p. ; p. 6.
[84] MIRE, 1995, op. cit. ; p. 7.
[85] MIRE, 1995, op. cit. ; p. 7.

Chapitre II

Une réponse des pouvoirs publics : un essai de mise en commun des visions différentes de la performance hospitalière

Le rôle de l'État français dans le secteur sanitaire et social, traditionnellement faible, s'est renforcé à partir de la fin de la seconde guerre mondiale. *« Le domaine qui recouvre l'action sanitaire et sociale actuelle a toujours été celui du local, du privé. Cette prédominance du privé et du local dans notre société a pris sa source dans le pouvoir chrétien de la charité, acte individuel avant tout*[86] *»*. L'État avait tout d'abord choisi le cadre local (essentiellement départemental) pour développer sa propre action sanitaire et sociale, puis il a étendu son pouvoir par la réforme des services extérieurs des affaires sanitaires et sociales, consacrée par un décret du 22 avril de 1977. L'objet de cette réforme fut la fusion des services régionaux de l'action sanitaire et sociale et des directions régionales de la sécurité sociale dont il était attendu une meilleure adéquation entre les services de santé et les financements. *« Mais au moment même où l'administration sanitaire et sociale paraît en mesure d'acquérir le statut d'administration majeure, la décentralisation vient rompre un équilibre en train de se créer*[87] *»*. La politique du renouveau du service public qui s'engage alors sera pour le ministère des affaires sanitaires et sociales, l'instrument d'une tentative de résolution de la crise spécifique qui sévit au sein de ses services. Ainsi, le rôle de l'État dans l'activité hospitalière est ambigu. « *L'ambivalence qui caractérise, dans l'histoire, le domaine sanitaire et social résulte de ce qu'il ne sera, hormis de brèves périodes, jamais considéré par l'État pour ses finalités propres mais pour ses aspects d'ordre public sinon de contrôle social*[88] *»*.

La quête de performance du secteur sanitaire s'est traduite par un rôle accru de l'État dans la régulation sanitaire. La carte sanitaire mise en place en 1970 conduit à la détermination de taux d'équipement sur l'ensemble du territoire afin de satisfaire les besoins de la

---

[86] Marrot B., *L'administration de la santé en France*, L'Harmattan, 1996, 489p. ; p. 16.
[87] Marrot B., 1996, op. cit.
[88] Marrot B., 1996, op. cit.

population et d'améliorer l'efficacité de l'offre de soins. La réforme dite du *budget global* a mis en place en 1983 un nouveau mode de financement des établissements publics et PSPH pour réduire les dépenses de santé et améliorer l'efficience économique du système. Les réformes hospitalières de 1991 et de 1996 étendent encore le pouvoir de l'État par un contrôle accru exercé à l'aide de nouveaux instruments d'évaluation et par la mise en place de nouveaux mécanismes de planification de l'activité hospitalière.

La régulation de l'offre de soins hospitalière se trouve alors confrontée au double développement d'un dispositif ascendant de consultation et de concertation, pour la définition des priorités du champ hospitalier, et d'un dispositif descendant de contrôle accru de l'activité hospitalière et des dépenses correspondantes. Ainsi, les pouvoirs publics entendent donner plus d'autonomie aux acteurs et décentraliser au niveau régional la détermination des projets de chacun des établissements, mais, en contrepartie, ils accentuent leur pouvoir de définition des priorités régionales hospitalières et de contrôle tant budgétaire que de la qualité de l'offre de soins. En ce sens nous avons affaire à une déconcentration régionale de la régulation hospitalière et non à une véritable décentralisation. Mais, par delà les critiques que l'on peut formuler sur la mise en œuvre des réformes, il apparaît que tout l'appareil réformateur s'est centré précisément sur la recherche d'une vision partagée de la performance hospitalière en créant justement des lieux de rencontre entre les acteurs, lieux de concertation et de négociation, et en créant des outils de mise en cohérence des actions institutionnelles tels que les schémas régionaux d'organisation sanitaire, les projets d'établissements, et les contrats d'objectifs et de moyens. Les acteurs de la réforme ne sont cependant pas allés jusqu'au bout du raisonnement et n'ont pas été conscients de la nécessité d'investir à tous les échelons, national, régionaux et locaux, le champ des causes de la performance en même temps qu'ils se saisissaient de la mesure de la performance.

Nous présentons dans ce chapitre les nouveaux instruments de régulation issus des réformes des années 1990 en distinguant dans une première section ce qui relève des instruments de planification de l'activité. Une deuxième section traitera des instruments d'évaluation et de contrôle des résultats de celle-ci.

Ce chapitre est composé de deux sections :

Section 1 – De nouveaux modes de planification de l'offre de soins hospitalière

Section 2 – De nouveaux modes d'évaluation de l'offre de soins hospitalière

1. DE NOUVEAUX MODES DE PLANIFICATION DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE

La recherche d'amélioration des performances hospitalières s'est traduite dès 1970 par l'instauration de la carte sanitaire, instrument de définition des taux d'équipement requis pour satisfaire les besoins de la population. Face aux dépenses croissantes du secteur hospitalier, les modalités de financement de l'activité des hôpitaux publics et participant au service public sont réformées. À partir de 1983, ces établissements sont financés par une dotation globale déterminée et fixée chaque année. L'échec de cette réforme des modalités de financement pour infléchir les dépenses hospitalières a alors conduit les pouvoirs publics vers une refonte plus profonde de l'organisation hospitalière dans son ensemble avec la loi portant réforme hospitalière de 1991 et l'ordonnance relative à l'hospitalisation publique et privée de 1996. Ces deux réformes successives ont profondément modifié les mécanismes de planification hospitalière en instaurant des mécanismes de démocratisation de la définition des orientations du système, en accentuant la déconcentration de la planification par la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et en mettant en place des mécanismes de contractualisation entre les établissements de soins et les ARH sur la base de la définition de projet d'établissement (à horizon quinquennal).

1.1. LA DETERMINATION DES PRIORITES DE SANTE PUBLIQUE : CONSULTATION ET CONCERTATION

La détermination des priorités de santé publique fait appel depuis l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 à un dispositif décentralisé[89] de concertation par la mise en place de Conférences Régionales de Santé (CRS). Aux termes de l'ordonnance, les CRS participent à la détermination d'une politique régionale de santé publique axée sur les besoins de la population. Dans son rapport au Président de la République en date du 15 novembre 1995, le Premier Ministre Alain Juppé précise sa vision politique des conférences en ces termes : « *l'élaboration d'une véritable politique de santé doit éclairer les choix financiers essentiels qui relèvent désormais du Parlement. L'institution des conférences de santé réunies dans chaque région et au niveau national permettra de mieux évaluer les besoins sanitaires de la population et de hiérarchiser les priorités d'action. Sur la base de travaux scientifiques, elle ouvrira un large débat public et préparera l'intervention du législateur*[90] ». La lecture faite des compétences des conférences est alors toute centrée sur la préparation de la loi de financement de la Sécurité Sociale et sur le processus ascendant qu'elle entraîne. Les conférences

[89] Décentralisé verticalement et horizontalement au sens où la fixation des objectifs se fait par concertation des professionnels eux-mêmes.

[90] Rapport au Président de la République relatif à l'Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, JO du 25 avril 1996.

constituent des courroies de transmission. Elles deviennent autant des interfaces entre le niveau national et les niveaux régionaux que des organisations à penser des projets régionaux de santé. Cette double obligation, cette double compétence, ce double pouvoir rendent difficile l'appréhension claire de leurs missions.
Les CRS se doivent de participer à la recherche du « juste soin » par l'entremise de la quête des « justes besoins régionaux ». Ces conférences sont des « *lieux de réflexion, d'analyse et de dialogue pour concevoir une conception commune de la santé dans la région, des besoins, des réponses à apporter, mais aussi des instruments de réduction des inégalités en santé*[91] ». Selon les termes de la circulaire DGS/SP n° 97-731 du 20 novembre 1997, « *les conférences jouent un rôle essentiel dans la définition des politiques de santé et d'appui à leur mise en œuvre.* »

Ainsi, les CRS sont des lieux de consultation et de débats investis de quatre missions légalement encadrées[92] :
(1) Une fonction d'expertise et de synthèse de la bibliographie régionale[93] sur les données sanitaires et sociales de la population au regard de l'évolution des besoins de santé.
(2) Un rôle de hiérarchisation de ces dits besoins en deux groupes distincts :

- L'un est formé par l'obligation de faire sortir des débats les priorités de la politique de santé publique. Ces priorités sont pluriannuelles et jaillissent dans la continuité des travaux des CRS tous les 4 à 5 ans.
- L'autre est composé par de possibles propositions et avis pour une meilleure efficience du système. Ces propositions peuvent être édictées annuellement.

(3) Un devoir d'évaluation de la mise en œuvre technique et effective des actions prises en vertu de leurs priorités de santé publique et notamment des programmes régionaux de santé.
(4) Une obligation de transmission de leur rapport définitif à la Conférence Nationale de Santé (CNS) afin de concourir à son information et à sa réflexion.

Un des principaux avantages attendus des CRS est de faire prendre conscience aux nombreux représentants des professions et des organismes intéressés, de la nature et de l'importance des problèmes de santé spécifiques à la région. Les conférences devraient idéalement constituer le moment fort d'un processus plus général de réflexion au sein de commissions pouvant s'adjoindre des personnalités extérieures. Autrement exprimé, les conférences ne doivent pas seulement être le point de départ ou d'arrivée d'une procédure devant faire émerger des enjeux et des priorités de santé publique, mais aussi le moment privilégié de rencontre des acteurs et des différentes logiques en présence.

---

[91] Circulaire DGS/SP1 n°97-731 du 20 novembre 1997 relative aux Conférences Régionales de Santé et aux programmes régionaux de santé, publiée au bulletin officiel du ministère de l'emploi et de la solidarité n° 49 du 20 décembre 1997 (NOR : MESP9730622C).
[92] Claveranne J.-P., Vinot D., *Evaluation des conférences régionales de santé*, Rapport présenté à la DGS, janvier 2000, 142p.
[93] Elles s'appuient pour ce faire sur toutes les publications régionales mais aussi sur les travaux des observatoires régionaux de la santé (ORS). Confère pour une analyse plus complète sur les ORS le numéro hors série de la revue française des affaires sociales, 47e année, décembre 1993.

En clair, interviennent dans la réflexion sur les objectifs de santé publique nationaux et régionaux la conférence nationale de santé, les conférences régionales de santé et le ministère chargé des affaires sociales et de la santé. La conférence nationale de santé, composée de représentants des professionnels, des institutions et établissements de soins, des conférences régionales de santé et de personnalités qualifiées, est chargée de proposer des priorités et des orientations pour la politique de santé. Les conférences régionales de santé rassemblent tous les acteurs régionaux, institutionnels, professionnels de la santé et usagers. Elles ont pour mission d'analyser les besoins de santé locaux et d'établir à leur niveau des priorités de santé publique. Au plan national, c'est le ministère chargé des affaires sociales et le ministère chargé de la santé qui interviennent au nom de l'État sur le système de santé. Quatre directions de ces ministères sont particulièrement concernées : la Direction de la Sécurité Sociale, la Direction des Hôpitaux, la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Action Sociale.

Le deuxième élément de la réforme de l'organisation hospitalière est la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH)[94]. Les ARH ont été instituées en 1996 et recoupent la carte administrative des régions. Il s'agit de Groupements d'Intérêt Public (GIP) constitués entre l'État et les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM). Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les agences régionales de l'hospitalisation ont pour mission de « *définir et de mettre en œuvre, dans le respect des orientations nationales, la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de soins publics et privés et de déterminer leurs ressources*[95] ». Elles correspondent alors au versant opérationnel de la régulation hospitalière. Dans ce but, elles fixent les limites des secteurs sanitaires et secteurs psychiatriques, arrêtent les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) ; elles se prononcent sur les demandes d'autorisation relatives aux établissements de soins publics et privés, ainsi que sur le retrait d'autorisation. Par ailleurs, elles concluent avec les établissements de soins, publics ou privés, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Les ARH participent au mécanisme ascendant de détermination des priorités de santé publique et au mécanisme descendant de planification par ses attributions d'approbation des projets d'établissements et de contractualisation avec les établissements sur les objectifs et les moyens attribués à ceux-ci.

1.2. LA TRADUCTION DES PRIORITES AU NIVEAU REGIONAL : NEGOCIATION ET CONTRACTUALISATION

En ce qui concerne les établissements de soins, la loi prévoit quatre instruments de régulation de l'offre de soins[96] :

- Instruments de type macro-économique, la carte sanitaire[97] et le schéma régional d'organisation sanitaire[98] (SROS) profilent, sur le territoire régional, les grandes

[94] Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
[95] Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
[96] Claveranne J.-P., « Le management par projet à l'hôpital », *Revue Française de Gestion*, n° 109, 1996.
[97] Loi 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

orientations de la politique mise en œuvre, à partir des priorités nationales et de la structure de l'offre de soins existante.

- Instrument de type microéconomique, le projet d'établissement[99] et à l'intérieur de celui-ci le projet médical, sont les moyens par lesquels les établissements affirment et énoncent leur stratégie et leurs spécificités, compte tenu des besoins de la population, des orientations du SROS, de la nature de la concurrence à laquelle ils sont confrontés et des perspectives de développement des techniques médicales et des prises en charges[100].
- Instrument de type méso-économique, le contrat d'objectifs et de moyens (COM)[101] est le bras séculier à la disposition des ARH, pour mettre en œuvre de façon contractuelle le schéma régional d'organisation, en ce qu'il permet sur un territoire donné de mettre en synergie les orientations stratégiques des établissements et celles définies par le schéma. Afin de permettre une réponse graduée dans les prises en charge, des nouvelles modalités de coopération ont été mises en place, qu'il s'agisse des communautés d'établissements, des groupements de coopération sanitaire en matière d'hospitalisation, des réseaux de soins crées entre les établissements et la médecine de ville ou des alternatives à l'hospitalisation.

Dès lors, le pilotage des entités se conjugue comme suit :

- Dans un premier temps, l'agence régionale définit le cadre dans lequel chaque établissement est appelé à inscrire son action, en fonction des priorités arrêtées par le gouvernement.
- Dans un second temps, il incombe à l'établissement d'en déduire une stratégie propre incluant des alliances et des partenariats avec les autres établissements du secteur ou la médecine de ville, se traduisant dans son projet d'établissement, et d'en négocier les grands choix avec l'agence régionale au travers du COM.
- Dans un troisième temps, l'établissement exécute ses engagements de manière autonome, en bénéficiant s'il le respecte des moyens prévus par le contrat.

L'articulation carte sanitaire SROS[102] :

La carte sanitaire a été instituée par la loi de 1970, elle détermine la nature et l'importance des installations nécessaires à la population. Si la carte sanitaire qui délimite les secteurs sanitaires peut être considérée comme un contenant, c'est-à-dire un espace géographique délimité auquel sont affectés des indices de référence relatifs au nombre de lits et places d'hospitalisation et aux équipements lourds autorisés, le SROS en constitue le contenu. Il détermine à l'intérieur de chaque secteur sanitaire, les objectifs de répartition géographique des activités en fonction des besoins de la population et de l'évolution des techniques médicales. Il organise également l'articulation des différents

[98] Loi 91-748 du 31 juillet 1991.

[99] Article L714-11 du code de la santé publique.

[100] Les confrontations SROS - projet d'établissement sont prévues par la loi de façon directe et indirecte qu'il s'agisse de la mise en œuvre d'autorisations limitées dans le temps, de la possibilité de modifier le SROS à tout moment, des possibilités de réaliser des contrats tripartites entre la tutelle, l'assurance maladie et les établissements.

[101] Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

[102] Claveranne J.-P., 1996, op. cit.

services, activités ou équipements entre eux afin de constituer des réseaux de prise en charge de qualité.

Tandis que la carte sanitaire garde pour fonction de verrouiller l'offre de soins, le SROS, appropriation par les acteurs régionaux de l'équipement et de son organisation, a pour objet de mettre cette offre de soins en réseau et de déterminer les objectifs pour une organisation équitable et cohérente de l'offre de soins.
Il y a donc à l'évidence une dialectique carte/schéma qui se joue dans l'espace (nation-région) et dans le temps (carte : ce qui est, schéma : ce qui advient) : la carte et le schéma fonctionnent de façon récursive. La carte ne prend tout son sens que par le schéma qui lui est associé, sans lui elle se vide d'une partie de sa finalité, sans elle le schéma ne peut advenir. Preuve est donnée de cette récursivité dans l'élaboration simultanée par de nombreuses régions de la carte et du schéma.

L'articulation carte sanitaire - SROS - projet
La carte et le SROS constituent la matrice dans laquelle les projets d'établissement doivent se mouler. La carte, le SROS et le projet d'établissement entretiennent eux aussi des relations récursives. Comme le précise la loi, la carte sanitaire et le SROS sont établis à partir d'une analyse qui tient compte des projets d'établissements approuvés, de même le projet d'établissement défini par un établissement doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire.

SROS et Projet ne peuvent se penser indépendamment l'un de l'autre. Établis à des périodes différentes pour une durée de cinq ans, leur articulation oblige chacun des acteurs, ARH et établissements hospitaliers à un exercice de logique qui n'est pas sans poser problème dans un univers où l'on voudrait que la circulaire dicte chacun des pas.

Le Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) résultante de l'articulation carte sanitaire - SROS – projet
Les ordonnances d'avril 1996 ont mis en œuvre les contrats d'objectifs et de moyens qui remplacent le dispositif contractuel prévu par la loi de 1991 qui prévoyait deux types de contrats :

- Les contrats pluriannuels tripartites non obligatoires entre tutelle, organismes d'assurance maladie et établissements publics et privés.
- Les conventions, à durée déterminée, bipartites obligatoires entre l'assurance maladie et les établissements privés. Il apparaît que le lien entre les deux logiques passe par la définition des contrats pluriannuels comme mise en œuvre dans le temps, des schémas et des autorisations.

Ces contrats déterminent les orientations stratégiques des établissements en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et définissent les conditions de mise en œuvre de ces orientations notamment dans le cadre du projet médical, constituante du projet d'établissement approuvé.

Les COM sont, au plan théorique, l'outil opérationnel au service d'une politique régionale de régulation de l'offre de soins en ce qu'ils permettent aux agences de mettre

en œuvre le SROS par la négociation avec les établissements mais aussi par la contrainte des financements globaux ou spécifiques. Les COM sont également, lorsqu'ils sont adaptés, des boussoles précieuses pour la conduite de l'action dans les établissements de soins. Ils souffrent cependant d'un vice dirimant, à savoir l'absence de réflexion théorique sur la performance hospitalière, trop souvent conçue comme résultante de l'application de techniques de gestion, alors que son appréciation est un jugement de valeur entre un attendu et un réalisé, mesuré à l'aide d'un référentiel prédéfini.

1.3. UNE AMBIGUÏTE SUR LA VOLONTE DE DECENTRALISER LA REGULATION HOSPITALIERE

Les orientations actuelles de l'organisation hospitalière définies par les pouvoirs publics affichent la volonté d'une décentralisation accrue de la régulation de l'offre de soins hospitalière. Cette décentralisation se rapporte à la décentralisation des décisions. Si l'administration centrale souhaite décentraliser la décision, cela signifie alors qu'elle en accepte le corollaire, qui est la différenciation des organisations : différenciation des priorités de chacune des régions, différenciation des objectifs des établissements, différenciation des modalités de réponses aux besoins de la prise en charge, voire même différenciation des contraintes financières par le financement de réseaux expérimentaux. « *Chaque établissement de soins ne peut prétendre tout diagnostiquer ni tout traiter*[103] », ceci conduit inévitablement à une différenciation de l'ensemble des paramètres de l'organisation hospitalière.

Les mécanismes de concertation, négociation et contractualisation mis en place conduisent à une décentralisation des décisions concernant les objectifs des établissements de soins puisque, d'une part, il est fait appel aux professionnels de santé pour participer à la définition des priorités de santé publique par le biais de conférences de santé et que, d'autre part, il incombe à présent aux ARH et aux établissements de signer un COM sur la base du SROS défini par l'ARH et du projet d'établissement défini par les établissements. Cependant, la définition des moyens pour réaliser ces objectifs est fortement centralisée (définition de la dotation globale, fixation des prix de journées, recommandations de pratiques professionnelles, protocoles de prise en charge, fortes incitations à la mise en réseaux). Par conséquent, il apparaît que les réformes déconcentrent administrativement plus qu'elles ne décentralisent véritablement au niveau régional, l'ARH n'étant alors que la courroie de transmission ascendante et descendante entre les établissements et l'administration centrale.

La décentralisation et la centralisation représentent deux extrêmes d'un *continuum*. Une organisation n'est jamais complètement centralisée ni complètement décentralisée. La décentralisation qui s'applique à la décision peut donc qualifier certains types de décision et pas d'autres et conduire à la différenciation de certains paramètres de l'organisation et pas à d'autres.

[103] ARH Rhône-Alpes, *Schéma régional de l'organisation sanitaire Rhône-Alpes, 1999-2004*, 68p.

1.3.1. Processus de décision et niveaux de décentralisation

Si l'on envisage que la différenciation des paramètres de l'organisation est définie de manière centralisée, cela signifie qu'il existe un individu capable d'embrasser toutes les problématiques de tous les acteurs, donc légitime pour définir les paramètres de l'organisation. Cela signifie qu'il existe un individu rationnel, c'est-à-dire capable de prendre en compte toutes les données et de les analyser d'une manière objective et guidée par la raison. L'existence d'une telle rationalité se heurte à trois exigences[104] :

- Que toutes les possibilités de choix soient connues.
- Que toutes les conséquences découlant de chaque possibilité de choix soient connues.
- Que l'homme rationnel possède un ordre de valeurs d'usage pour tous les ensembles possibles de conséquences.

« D'un point de vue phénoménologique, on ne peut parler de rationalité que relativement à un cadre de référence ; et ce cadre de référence sera limité par les connaissances de l'homme rationnel »[105]. Le choix est toujours exercé au regard d'un schéma simplifié, limité et approximatif de la situation réelle. Les éléments de la définition de la situation ne sont pas des données, ils sont eux-mêmes le produit de processus psychologiques et sociologiques comprenant les activités propres de celui qui choisit et celles des autres dans son milieu[106] [107] [108].

Les simplifications ont un certain nombre de traits caractéristiques[109] : « *(1) l'optimisation est remplacée par la satisfaction, (2) les choix d'action et les conséquences des actions sont découverts de façon séquentielle à travers les processus de recherche, (3) les répertoires de programme d'action sont développés par les organisations et par les individus et ils servent d'alternatives de choix dans les situations habituelles, (4) chaque programme d'action spécifique traite d'un ensemble restreint de situations et de conséquences, (5) chaque programme d'action peut être exécuté dans une semi-dépendance par rapport aux autres (ils sont seulement reliés de façon très large) »*.

Ceci signifie que chaque individu n'appréhende le réel qu'au travers d'une représentation simplifiée de ce réel, représentation obtenue à partir de référentiels d'évaluation. Celle-ci a comme axe directeur la place de l'individu lui-même et sa satisfaction. Chaque individu n'appréhendant le réel qu'au travers de ses propres référentiels, qui dépendent de

---

[104] March J.G., Simon H.A., *Les organisations, problèmes psychosociologiques*, Dunod, 1995, (1re éd. 1964), 254p. ; p. 136.

[105] March J.G., Simon H.A., 1995, op. cit. ; p. 136.

[106] Simon H.A., *Administrative Behavior*, New-York Free Press, 1947, cité in March J.G., Simon H.A., 1995, op. cit.

[107] Cyert R.M., March J.G., « Organizational Structure and Pricing Behavior in an Oligopolistic Market », *American Economic Review*, n° 45, 1955, pp. 129-139.

[108] Newell A., Simon H.S., « The Logic Theory Machine : a Complex Information Processing System, *Transactions on Information Theory*, Institute of Radio Engineers, September, 1956, cité in March J.G., Simon H.A., 1994, op. cit.

[109] March J.G., Simon H.A., 1994, op. cit. ; p. 165.

nombreux paramètres plus ou moins explicites tels que présentés par K. Lewin[110], la décision sera différente selon l'individu qui la prend. Par conséquent, le pouvoir relatif des individus sur la prise de décision joue un rôle important dans les résultats de cette décision.

Paterson[111] donne selon H. Mintzberg un schéma utile pour comprendre les zones de pouvoir dans la décision. Le processus de décision est décrit par cinq étapes :

Le recueil d'information
Le traitement de l'information
Le choix
L'autorisation
L'exécution

Le pouvoir d'un individu est par conséquent déterminé par l'influence qu'il a sur ces cinq étapes. Son pouvoir est à son maximum lorsque l'individu les contrôle toutes : il recueille ses propres informations, les analyse lui-même, choisit, n'a pas besoin d'autorisation, puis exécute lui-même sa propre décision. Le processus de décision tel que décrit par Paterson est alors totalement centralisé. Mais à mesure que d'autres personnes interviennent dans ces étapes, cet individu perd du pouvoir et le processus de décision devient décentralisé.

Le contrôle sur l'information initiale permet à une autre personne de sélectionner les facteurs dont on tiendra compte et ceux dont on ne tiendra pas compte dans le processus de décision. Lorsque le filtrage de l'information est très important, le contrôle sur l'information initiale équivaut pratiquement au contrôle sur le choix lui-même. Le pouvoir de conseiller est plus important encore, puisqu'il dirige le décideur dans une direction bien précise. Malgré la distinction entre opérationnels et fonctionnels, il est des circonstances dans lesquelles la distinction entre conseil et décision est des plus ténues. Le contrôle sur ce qui se passe après la décision peut aussi constituer une source de pouvoir. Le pouvoir d'autoriser une décision, c'est bien sûr le pouvoir d'y opposer son *veto* ou même de la changer. Et le droit d'exécuter un choix qui a été arrêté donne souvent le pouvoir de l'influencer ou même de le modifier.

Ainsi un processus de décision est décentralisé au maximum lorsque le décideur ne contrôle que le choix (c'est le moins qu'il puisse faire pour être appelé décideur) : dans la hiérarchie de l'organisation, il perd du pouvoir au profit de ceux qui, à côté de lui, recueillent l'information et le conseillent ; au profit de ceux qui au-dessus de lui autorisent sa décision ; et au profit de ceux qui au-dessous de lui l'exécutent. Par conséquent, le contrôle sur les choix – à l'opposé du contrôle sur la totalité du processus de décision – ne constitue pas nécessairement une centralisation forte.

[110] Nous présentons la complexité sociale chez K. Lewin dans le cadre de la recherche-action qui constitue notre axe de méthodologie de recherche.
[111] Paterson T.T., *Management Theory*, Business Publications Ltd, 1969, cité in Mintzberg, 1982, op. cit.

1.3.2. Les raisons de la décentralisation

Pour H. Mintzberg, *« la structure est centralisée quand tous les pouvoirs de décision se situent à un seul point dans l'organisation – à la limite, dans les mains d'un seul individu ; nous dirons que la structure est décentralisée lorsque le pouvoir est dispersé entre de nombreuses personnes*[112] *»*. Qu'est-ce qui incite une organisation à centraliser ou à décentraliser sa structure ? Toujours selon H. Mintzberg, *« la centralisation est le mécanisme le plus puissant pour coordonner les décisions dans l'organisation. Toutes les décisions sont prises par un seul individu, dans un seul cerveau, et ensuite mise en œuvre sous une supervision directe »*. Pourquoi alors une organisation devrait-elle décentraliser ?

Trois éléments sont invoqués par H. Mintzberg comme source de décentralisation de la décision :

1. Simplement parce qu'un seul centre, un seul cerveau, ne peut comprendre toutes les décisions (rationalité limitée). Ceci pour trois raisons :

- L'information ne parvient pas jusqu'au centre.
- L'information parvient au centre, mais le centre n'a pas les capacités cognitives pour l'interpréter dans son ensemble.
- L'information parvient au centre, mais le centre n'a pas connaissance de la situation correspondante.

« Il est parfois tout simplement impossible à l'information nécessaire d'arriver à ce centre. Peut-être une trop grande partie de l'information est floue, difficile à transmettre. Quelquefois, l'information peut être transmise au centre, mais un manque de capacité cognitive empêche qu'elle n'y soit comprise. Quelquefois, un système d'information sophistiqué donne au centre l'illusion qu'il dispose de la connaissance nécessaire, sans que le centre ait réellement la capacité de l'absorber. (…) L'erreur la plus courante commise en matière de conception d'organisation est peut-être celle qui consiste à centraliser les décisions lorsqu'on est face à des limitations cognitives. Les cadres dirigeants, qui ont l'autorité nécessaire pour concevoir la structure, constatent que des erreurs sont commises aux niveaux inférieurs ; et ils pensent pouvoir faire mieux, soit parce qu'ils s'estiment eux-mêmes plus compétents, soit parce qu'ils pensent pouvoir mieux coordonner les décisions. Malheureusement, ce comportement conduit inéluctablement, dans des situations complexes, à un état connu sous le nom de surcharge d'information : plus le centre essaie de recevoir d'informations, moins il en a en réalité[113]*. En d'autres termes, passé un certain point, les cadres ne peuvent ni être meilleurs, ni mieux coordonnés. Ils feraient mieux de laisser certains pouvoirs de décision à d'autres qui disposent du temps et de la capacité nécessaires au traitement des informations. Comme Jay*[114] *le remarque, une centralisation excessive conduit ceux qui ont l'information nécessaire à en référer à des supérieurs qui n'ont aucune connaissance des réalités quotidiennes, pour que ces derniers prennent les décisions*[115] *»*.

---

[112] Mintzberg H., *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'Organisation, 1982, 434p.

[113] Driver M.J.M, Steufert S., « Integrative Complexity : An approach to Individuals and Groups as Information-Processing Systems », *Administrative Science Quarterly*, n° 14, 1969, pp. 272-285.

[114] Jay A., *Decentralization in Organizations*, working paper, International institute of Management, West Berlin, 1974, cité in Mintzberg H., 1982, op. cit.

[115] Mintzberg H., 1982, op. cit. *;* p. 173.

Avoir le pouvoir de décider ne confère ni l'information, ni la capacité cognitive nécessaire à la prise de décision. Les pouvoirs de décision doivent être placés là où les individus peuvent comprendre la situation et y répondre intelligemment. Le pouvoir doit être placé là où est le savoir.

2. Permettre à l'organisation de répondre rapidement aux conditions locales.
« La transmission d'informations du terrain au centre et du centre au terrain prend du temps, et ce temps peut être précieux. La Bank of America en a fait un thème publicitaire : avoir un homme sur place, qui est supposé pouvoir décider, permet d'offrir un meilleur service aux clients[116] *».*

3. La décentralisation est un moyen de motivation.
« Les personnes créatives et intelligentes ont besoin d'une marge de manœuvre considérable. L'organisation ne peut les attirer, les garder et utiliser leur initiative que si elle leur donne des pouvoirs de décision très importants. Une telle motivation est cruciale dans les travaux de nature professionnelle (comme il s'agit de travaux complexes, l'organisation a ici deux bonnes raisons de décentraliser). Cette motivation est aussi un facteur clé pour les postes d'encadrement, et un certain degré de décentralisation est donc justifié dans la ligne hiérarchique[117]*. »*

Le thème de la décentralisation a connu un intérêt considérable ces dernières années dans les différentes disciplines des sciences humaines, économiques et sociales[118]. Ceci est dû pour partie aux commandes publiques liées au souci d'observer les évolutions induites par la modernisation des services publics et la loi sur la décentralisation : le Ministère de l'Équipement a pris les premières initiatives, avec notamment le programme lancé conjointement par le Plan Urbain et la RATP en 1988 sur la relation de service dans le secteur public[119], et le programme engagé en 1989 par le Conseil Général des Ponts et Chaussées sur l'amélioration des relations entre l'administration de l'Équipement et les usagers[120].

Mais au-delà de l'effet de mode, pourquoi décentraliser l'action publique ? Si le mouvement de décentralisation a suscité une aussi large adhésion, tant du côté des citoyens que dans les administrations et les services publics eux-mêmes, c'est parce qu'il vise à traiter trois difficultés :

- La première est celle de l'inadéquation des catégories d'action les plus générales aux réalités du terrain. On critique le traitement impersonnel des usagers et l'ignorance de la réalité des situations concrètes : prisonnier de catégories très générales, l'État se prive des ressources du local, de la connaissance qu'ont les acteurs locaux du terrain, des

[116] Mintzberg H., 1982, op. cit.
[117] Mintzberg H., 1982, op. cit.
[118] Affichard J., *Décentralisation des organisations et problèmes de coordination : les principaux cadres d'analyse*, L'Harmattan, 1997, 144p.
[119] Joseph I., Jeannot G., *Métiers publics. Les compétences de l'agent et l'espace des usagers*, CNRS Editions, 1995, 345p.
[120] Quinn C., *L'Administration de l'Equipement et ses Usagers*, La documentation française, 1995.

dynamiques qui pourraient s'instaurer entre eux, en bref des capacités de coordination locales.

- La seconde est la difficulté croissante, pour la puissance publique, à traiter de manière générale le problème de la compatibilité d'exigences contradictoires. Des normes à valeur très générales comme les exigences de justice, d'efficacité, d'innovation, de qualité des services, sont souvent inconciliables si l'on reste au niveau des principes auxquels elles font appel. En revanche, le traitement local des conflits suppose des accommodements entre ces principes.
- La troisième est la critique qui a inspiré tout le mouvement du management public. Il s'agit de l'inefficacité d'une structure centralisée hiérarchique d'un point de vue gestionnaire. Dans les institutions publiques, ce type d'organisation provoque la mise en place d'un fonctionnement bureaucratique qui déresponsabilise les agents et favorise l'installation de routines, entraîne des gaspillages et conduit finalement à ne pas satisfaire les besoins des usagers.

La décentralisation doit répondre simultanément à ces trois difficultés :

- En rapprochant les organisations de leurs usagers, la décentralisation des responsabilités et la création d'unités de décision de taille plus réduite autorisent un traitement personnalisé des cas, la prise en compte des réalités du terrain, une approche plus fine des situations.
- En déléguant à des échelons infra nationaux la tâche de concilier des impératifs difficiles à traiter de manière générale, tels que les exigences d'égalité et d'efficacité, ces nouvelles formes d'organisation facilitent l'adoption des compromis en référence à un « intérêt commun » local.
- Enfin en instaurant une concurrence entre unités et en étant plus propice à l'introduction d'innovations, elles doivent rendre le système plus efficace d'un point de vue économique.

Dans l'organisation hospitalière, la décentralisation est le moyen, d'une part, de concilier les antagonismes entre différentes dimensions de la performance par une négociation aux échelons concernés, donc de fédérer les différents acteurs autour de la prise en charge globale du patient ; d'autre part, d'être dans un véritable processus ascendant et descendant de prise de décision en améliorant le débat public, de responsabiliser les acteurs (les acteurs ne peuvent être responsables que s'ils maîtrisent le processus de décision), de mettre à jour les marges de manœuvre et les zones d'incertitude dont bénéficient les acteurs afin de les optimiser et enfin, de motiver les acteurs par l'engagement dans une démarche globale de soins.

1.3.3. Les différentes formes de décentralisation

Le terme décentralisation est utilisé de trois façons différentes dans la littérature[121] :

1. D'abord il y a la dispersion du pouvoir formel vers le bas à l'intérieur de la ligne hiérarchique. En principe, le pouvoir formel est localisé au sommet stratégique entre les mains du PDG. Il peut y rester, ou le PDG peut choisir de le disperser (on dit aussi

[121] Mintzberg H., 1982, op. cit. ; p. 177.

« déléguer ») à des niveaux inférieurs de la hiérarchie. La dispersion du pouvoir formel vers le bas de la ligne hiérarchique sera appelée décentralisation verticale.

2. Le pouvoir de décision (il s'agit alors surtout du pouvoir informel) peut rester l'apanage des cadres opérationnels du système d'autorité formelle, ou il peut passer à des personnes extérieures à la ligne hiérarchique : à des analystes de la technostructure, à des fonctionnels de support logistique ou à des opérateurs. La décentralisation horizontale est le passage du contrôle des processus de décisions à des personnes situées en dehors de la ligne hiérarchique.

3. Enfin le terme décentralisation peut refléter une dispersion physique des services. Mais cette décentralisation n'a rien à voir avec le contrôle sur les décisions. Cette décentralisation est, en fait, de la seule déconcentration. La dispersion physique des services correspond à une déconcentration de la régulation de la mise en œuvre des politiques nationales.

Les deux formes de décentralisation que sont la décentralisation verticale et la décentralisation horizontale sont conceptuellement indépendantes : le pouvoir peut être délégué vers le bas tout en restant dans la hiérarchie. Le cas extrême de la décentralisation verticale accompagné de centralisation horizontale consisterait à donner tout le pouvoir aux cadres de premier niveau. Le contraire (centralisation verticale et décentralisation horizontale) correspond au cas où des fonctionnels de niveau très élevé ont tout le pouvoir. Cette indépendance des deux formes de décentralisation est corroborée par quelques recherches empiriques[122] [123] : ces études ont notamment trouvé que la décentralisation à une unité n'était pas fortement corrélée à la décentralisation à l'intérieur d'une unité. En d'autres termes, la décentralisation verticale de pouvoirs au responsable d'une unité ne conduit pas nécessairement à une décentralisation verticale aux subordonnés de ce responsable ni à une décentralisation horizontale aux opérateurs ou aux fonctionnels de l'unité. Pour la petite anecdote relatée par Mintzberg, Beyer et Lodhal[124] ont trouvé que, par rapport à la moyenne, les départements de sciences physiques ont plus d'autonomie dans l'université (décentralisation verticale) mais que les professeurs y ont moins d'autonomie dans le département (centralisation horizontale) alors qu'on observe le contraire pour les départements de sciences sociales et d'humanités.

La décentralisation verticale et la décentralisation horizontale reflètent la dispersion des pouvoirs de décision. Cette dispersion peut elle-même revêtir deux formes : dans la décentralisation sélective, des décisions différentes sont prises à des endroits différents de l'organisation. Par exemple, des décisions financières peuvent être prises au niveau du sommet stratégique, les décisions de marketing dans les unités de support logistique, et

[122] Blau P.M. et Schoenher P.A., *The Structure of Organizations*, Basic Books, 1971, cité in Mintzberg, 1982, op. cit.

[123] Reimann B.C., « On the Dimensions of Bureaucratic Structure : An Empirical Reappraisal », *Administrative Science Quarterly*, n° 18, 1973, pp. 462-476.

[124] Beyer J.M. et Lodahl T.M., « A Comparative Study of Patterns of Influence in United States and English Universities, *Administrative Science Quarterly*, n° 21, 1976, pp. 104-129.

les décisions de production au bas de la ligne hiérarchique. Par contraste, la décentralisation globale est la dispersion de nombreuses sortes de décisions au même endroit de la structure. Par exemple, les décisions financières, de marketing et de production doivent toutes être prises localement par les directeurs de divisions.

1.3.4. La régionalisation : décentralisation sélective et répartition des pouvoirs

Au cours des dernières décennies, la région s'est progressivement imposée en France, comme un des niveaux pertinents de régulation de l'offre de soins hospitalière. La région apparaît comme le lieu de réflexion optimal de régulation de l'offre de soins hospitalière comme l'exprime le rapport du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) de 1998 : *« Le renforcement du rôle de la région (auquel participe la répartition régionale des ressources) dans la définition des priorités, dans l'estimation des besoins, dans la mesure des performances du système et dans l'allocation infrarégionale des ressources, est de nature à accroître l'efficacité d'une politique de réduction d'inégalités de recours aux soins et de santé : les gestionnaires locaux, plus proches du terrain sont mieux à même que le niveau national de répartir les ressources pour améliorer à la fois l'efficience du système et la réponse aux besoins de population »*[125].

L'objectif est de répondre au plus près aux besoins de santé de la population, dans une approche de la santé centrée sur la personne, par la prise en charge complète du patient, dans toutes ses dimensions, psychologique, sociale, familiale et économique. Cette prise en charge doit être effectuée dans une approche globale impliquant des réponses transversales (sanitaire, médico-sociale, sociale) de la part des différentes institutions et établissements concernés (hospitalisation publique et privée, médecine ambulatoire, soins infirmiers, soins de suite et de réadaptation).

La loi de 1991 inaugure l'échelon de décision régional avec la mise en place d'une planification régionale par le SROS et la création du Comité Régional d'Organisation Sanitaire. En 1986, la création des Observatoires Régionaux de Santé institue la région dans son activité de recherche et d'information en santé. Les ordonnances d'avril 1996 accentuent ce phénomène de référence au territoire régional avec la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation et des Conférences Régionales de Santé.

Dans cette régionalisation, le processus de décision, tel que défini par Paterson et présenté plus haut, est réparti de fait entre les différentes institutions qui composent le système hospitalier régional : le recueil de l'information concernant l'activité hospitalière est réalisé par les établissements. Le traitement de cette même information est réalisé par les ARH et par les DRASS plus spécifiquement en ce qui concerne le traitement des données PMSI. Les autorisations sont données par les ARH en ce qui concerne les budgets et les lits et places. L'exécution revient aux établissements de santé. Le choix quant à lui résulte normalement d'une négociation entre les ARH et les établissements, par le biais du projet d'établissement approuvé et du contrat d'objectifs et de moyens qui en résulte.

[125] Brodin M., *Rapport 2000 : Conférence nationale de santé*, 21, 22, 23 mars 2000, 67p.

L'État garde toutefois la totalité de son autorité et de ses prérogatives : définition et cohérence d'une politique d'ensemble, choix des priorités de santé et programmes de soins et en particulier la nomination du directeur de l'ARH en Conseil des Ministres. L'État conserve les aspects macro-économiques de définition des grandes orientations sanitaires ainsi que les financements attribués (vote de l'objectif quantifié national des dépenses d'assurance maladie par le Parlement, indépendamment des mécanismes ascendants mis en place avec l'instauration des conférences régionales de santé). La région se voit attribuer les rôles de répartition et de mise en œuvre des orientations nationales. Une véritable décentralisation au niveau régional de la régulation sanitaire repose sur la décentralisation budgétaire, qui aujourd'hui relève du niveau national. Ainsi, Jean de Kervasdoué évoque les conditions de la régionalisation : *« une telle régionalisation ne serait envisageable que si la solidarité nationale était assurée, autrement dit, chaque région recevrait une enveloppe, fruit de cette solidarité, selon les caractéristiques démographiques, sociales et, le cas échéant, médicales de sa population ; elle aurait la responsabilité de la gérer. En cas de dépassement, il lui serait possible de lever un impôt pour compenser immédiatement les déficits. (…) une telle réforme n'est envisageable que si disparaissent avec elle les différents régimes d'assurance maladie*[126]*. »*

De fait, dans les nouvelles règles du jeu, les acteurs des établissements de soins ne perçoivent pas véritablement les effets de la décentralisation et appréhendent l'administration centrale comme une source de contraintes dans le processus de décision au niveau du traitement de l'information, des autorisations et des modalités d'exécution.

1.3.5. Des marges de manœuvre réduites pour certains établissements de santé

Selon une enquête réalisée par la Fédération Hospitalière de France[127] (FHF), les activités d'obstétrique et de médecine se développent dans les établissements publics et PSPH (66 % de part de marché pour l'obstétrique et 78 % en médecine). La chirurgie et notamment la chirurgie de spécialités (odontologie, ophtalmologie, ORL, stomatologie) ainsi que la chirurgie ambulatoire (hospitalisation de moins de 24 heures) se développent dans les établissements privés à but lucratif (66 % de part de marché pour la chirurgie dont 73 % de part de marché pour la chirurgie ambulatoire). L'activité des établissements publics et PSPH est plus « lourde » en moyenne (plus 30 % en chirurgie, plus 18 % en médecine et identique en obstétrique). Le secteur public et PSPH est présent sur toutes les activités d'hospitalisation, alors que le privé est pratiquement absent sur certaines et notamment les greffes, la neurologie, l'ophtalmologie médicale, les fièvres et infections, la psychiatrie et les affections toxiques liées à l'alcool, le VIH. Quels sont les éléments qui conduisent les établissements à de telles orientations d'activité ?

[126] Kervasdoué (de) J., *Santé, pour une révolution sans réforme*, Gallimard, 1999, 198p. ; p. 193.

[127] Fédération Hospitalière de France, « Etude stratégique : la part de marché des hôpitaux », *lettre de la FHF*, numéro spécial, février 2001.

Le point de départ de toute analyse stratégique pour les établissements est fondée sur les contraintes auxquelles il est soumis. Ces contraintes revêtent un caractère réglementaire, budgétaire, financier et statutaire. Nous nous appuyons dans cette section sur le cas de l'obstétrique, objet aujourd'hui de nombreux règlements pour assurer la sécurité de la naissance, pour comprendre les orientations stratégiques des établissements.

La contrainte réglementaire

La sécurité de la naissance est une des priorités nationales de santé publique à l'heure actuelle. Par conséquent, des normes de sécurité sont édictées, normes qui contraignent fortement les établissements. Ces normes portent sur les équipements et compétences requises pour pouvoir assurer un service d'obstétrique. L'obstétrique requiert la présence de compétences médicales spécifiques : gardes de pédiatrie, gardes d'anesthésistes, augmentation du ratio de gynécologues-obstétriciens par nombre d'accouchements. Or les pédiatres, les anesthésistes et les gynécologues-obstétriciens correspondent aujourd'hui à trois spécialités rares sur le marché du travail médical.

Ceci conduit les établissements à deux tendances :

- Coopérer avec d'autres établissements pour obtenir les ressources médicales nécessaires au respect des normes.
- Augmenter l'activité pour atteindre une certaine taille critique des équipes médicales. Les gardes sont pour les praticiens une contrainte importante qui contribue à la pénibilité de leur travail. Par conséquent, pour assurer les gardes d'anesthésistes, de pédiatre et de gynécologue-obstétricien tout en maintenant une certaine qualité du travail (donc être attractif pour un établissement dans des disciplines « rares »), il faut avoir des équipes médicales suffisamment importantes de manière à ce que les praticiens ne fassent pas trop de gardes. Une équipe de 7 à 8 praticiens d'une même discipline correspond à environ une garde par semaine. Et une équipe de 7 à 8 praticiens correspond à une activité d'environ 1500 accouchements[128].

Ces deux tendances conduisent à une spécialisation des établissements avec une tendance de spécialisation de l'obstétrique pour le public et de chirurgie pour le privé. Pourquoi une telle répartition ? Les contraintes financières engendrent cette spécialisation.

La contrainte financière[129]

Les conditions réglementaires (ressources médicales, mais aussi surface des locaux, continuité des locaux et forme d'hébergement) ont conduit à une forte augmentation du coût de revient du m^2 pour un service de maternité. Les ratios de surface, de volume, de types de locaux impliquent des investissements en matériel très lourds et un dispositif de garde très coûteux. Par conséquent, les établissements privés à but lucratif ont deux types de stratégie :

[128] Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatologie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique.

[129] Nos propos seront certainement rendus obsolètes pour partie, par la nouvelle nomenclature des actes parue en juillet 2001 et dont nous ne pouvons apprécier à l'heure actuelle les répercussions sur les spécialisations. Cependant, ce sont les mécanismes qui sont important, la nouvelle nomenclature engendrera d'autres comportements, mais fondés sur les mêmes principes.

- Se désengager de l'activité au profit d'activités dont le seuil de rentabilité se situe à un niveau d'activité plus faible (pour les établissements de petite taille).
- Augmenter leur activité pour atteindre le seuil de rentabilité de l'activité d'obstétrique (pour les établissements déjà bien implantés sur cette activité).

Pour les établissements publics, la contrainte est une contrainte budgétaire et les principes qui régissent la stratégie sont par conséquent différents.

La contrainte budgétaire

Les établissements publics et PSPH sont financés forfaitairement par une dotation globale qui constitue l'essentiel de leur budget. Pour les établissements publics et PSPH, l'intérêt de l'augmentation n'est pas le bénéfice dégagé, mais l'atteinte d'un certain seuil critique permettant de diminuer les coûts pour « détendre » les contraintes de gestion et assurer une taille des services convenable pour les professionnels, tout en respectant les normes. Tout recrutement d'un médecin requiert l'autorisation de création de poste de la part des tutelles. Toute augmentation d'activité a des répercussions sur les charges et, par conséquent, les établissements sous dotation globale doivent tenir compte du risque de dépassement de leur budget inhérent à l'augmentation de l'activité. Pour obtenir les autorisations nécessaires à l'augmentation de l'activité dans certaines disciplines médicales et chirurgicales, les établissements publics et PSPH sont donc conduits à mettre en place des stratégies de coopération et de réseaux avec d'autres établissements pour légitimer cette augmentation au regard des priorités nationales de santé et des orientations du SROS.

L'établissement public se trouve face à un autre type de contrainte issu de son statut d'établissement public qui freine les recompositions de l'offre, même quand celles-ci sont largement promues par les tutelles et les établissements.

La contrainte statutaire

Nous reprenons, comme illustration de l'impact de la contrainte statutaire sur la stratégie des établissements, le cas d'une coopération réalisée entre deux établissements, l'un privé à but lucratif (la clinique Paladru)[130] et l'autre public (l'hôpital Ayrens). Ces deux établissements possédaient une maternité de taille moyenne (environ 700 à 800 accouchements par an). Pour ce nombre d'accouchements, le nombre requis réglementairement de gynécologues-obstétriciens s'élève à trois équivalent temps plein. Or des gardes de gynécologie-obstétrique doivent être assurées toutes les nuits. Par conséquent, une équipe constituée de trois gynécologues conduit ceux-ci à faire des gardes plus de deux fois par semaine en moyenne ce qui est très lourd pour les praticiens. Les médecins des deux maternités se connaissent entre eux, et ont rapidement entrevu les avantages d'une coopération entre les deux établissements avec une répartition différente de l'activité. La clinique trouvait alors un avantage à se désengager de l'activité d'obstétrique si elle pouvait en contrepartie obtenir toute l'activité de chirurgie de spécialités. Cette recomposition de l'offre hospitalière a été approuvée par le directeur de l'ARH. Il est alors entendu que l'hôpital Ayrens récupère l'activité obstétrique de la clinique Paladru et que cette dernière récupère l'activité de chirurgie de spécialités de

[130] Les établissements de cette étude ont été anonymisés.

l'hôpital. Les deux établissements s'étaient assuré de la faisabilité matérielle de cette recomposition de l'offre, pour qu'elle soit validée par l'ARH. Mais un problème s'est posé, celui des postes d'ophtalmologie et d'ORL dont dispose l'établissement public. Aucun texte ne prévoit une telle suppression de postes et la fonction publique hospitalière a ceci de particulier qu'elle rattache les praticiens à un établissement avec des mutations impossibles à imposer. Des accords sont alors à trouver pour l'activité des praticiens correspondants : peuvent-ils exercer en libéral tout en gardant leur statut public ? souhaitent-ils changer de statut ? Dans notre cas, l'approche du départ à la retraite des praticiens concernés a conduit l'établissement public à adopter une stratégie d'attente. Le temps joue un rôle déterminant dans la stratégie des établissements publics.

Les décisions, dans cet exemple, résultent des contraintes réglementaires et non véritablement de la recherche de satisfaction des dimensions des priorités nationales de santé publique. Les établissements ne cherchent pas à satisfaire les priorités en elles-mêmes mais les règlements qui en découlent. Il semble qu'il y ait parfois une confusion entre les objectifs et les moyens. Les moyens définis par l'administration centrale deviennent les objectifs des établissements de soins. Chacun s'accorde à dire à tous les niveaux que le pilotage est réalisé en aveugle, même si les systèmes d'information sont de plus en plus nombreux. Les établissements ne savent pas réellement, ni ce qu'ils produisent, ni de quelle manière ils le produisent. Chacun a une vision parcellaire de son activité reposant sur des discours et des *a priori*.

Les décisions prises dans les établissements ne sont pas le résultat de la combinaison des différentes dimensions de la performance relatives aux attentes des parties prenantes (attentes et besoins de la population, satisfaction des professionnels de santé) de l'organisation mais sont le résultat de la combinaison des différentes contraintes relatives aux décrets et réglementations édictés par les pouvoirs publics. Les nouveaux modes de planification ménagent un certain flou quant à l'autonomie des acteurs sur les décisions stratégiques. Ceux-ci doivent eux-mêmes définir leur projet d'établissement, mais celui-ci apparaît parfois comme la solution unique pour articuler les différentes contraintes réglementaires auquel est confronté l'hôpital. Contraintes réglementaires qui contrarient parfois la satisfaction des priorités de santé publiques.

Les contraintes réglementaires, financières, budgétaires et statutaires conduisent les établissements dans des situations insolubles si les acteurs eux-mêmes n'acceptent pas les conséquences de la satisfaction de certaines dimensions de la performance. Dans l'illustration présentée ici, la possibilité de recomposition des activités de gynécologie-obstétrique et de chirurgie de spécialités entre les deux établissements dépend du consentement des chirurgiens de spécialités à changer de statut ou à être mutés dans un autre établissement public. Or, ceux-ci ne peuvent accepter un tel bouleversement dans leur vie professionnelle que s'ils partagent le sens d'une telle recomposition et les enjeux de performance associés à cette recomposition pour l'offre de soins du secteur.

2. DE NOUVEAUX INSTRUMENTS D'EVALUATION DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE

De manière concomitante au développement des instruments de planification que représentent le SROS, les projets d'établissements et les COM, les pouvoirs publics ont mis en place des instruments d'évaluation de l'activité hospitalière. L'un est orienté sur l'évaluation médico-économique de l'activité médicale, le PMSI, et repose sur des standards médians et moyens de coûts, l'autre est orienté sur l'évaluation de la qualité des soins, l'accréditation, et repose sur des référentiels et normes de procédures.

2.1. PMSI ET DETERMINATION DE COUTS STANDARDS

Le PMSI a pour objet de fournir une information médico-économique de l'activité hospitalière. Jusqu'alors, la seule information disponible sur la nature de l'activité hospitalière de court séjour était le nombre de journées et le nombre d'entrées réalisées dans chacune des disciplines ainsi que les actes effectués par les services médico-techniques, données fournies par les Statistiques Annuelles d'Établissements.

Le premier objectif du PMSI fut de fournir des informations plus complètes sur la nature de l'activité médicale afin d'en obtenir une représentation[131] plus pertinente que la seule représentation en termes de nombre de journées et d'entrées réalisées. Le deuxième objectif du PMSI, à partir d'une classification de l'activité médicale en Groupes Homogènes de Malades (GHM), est alors de déterminer le coût standard de chaque *produit médical* pour, à terme, envisager une tarification de chaque pathologie aux coûts standard.

Le site Internet officiel du PMSI[132] permet un suivi de tous les ajustements effectués à l'heure actuelle pour améliorer l'information produite par ce système et l'utilisation que l'on peut en faire. On trouve sur ce site une présentation du PMSI, ainsi que des organismes qui interviennent dans sa mise en œuvre, des statistiques issues du PMSI, une assistance pour les difficultés de codage ou de fonctionnement informatique. Sur les forums et les Foires Aux Questions (FAQ), il est possible de consulter toutes les réponses déjà données et d'interroger directement les experts du PERNNS (Pôle d'Expertise et de Références Nationales des Nomenclatures de Santé), les chefs de projet du CTIP (Centre de Traitement de l'Information du PMSI), ou les responsables de la mission PMSI sur les problèmes de toutes natures que rencontrent les établissements hospitaliers.

[131] Il est à noter que le PMSI donne une représentation de l'activité exclusivement médicale. L'activité soignante n'est pas prise en compte dans la classification des prises en charge dans les différents groupes homogènes de malades.

[132] Mission PMSI, *Le Site Officiel du PMSI*, consulté le 13 juillet 2001, disponible, URL : http://www.le-pmsi.fr

Le PMSI est à l'heure actuelle généralisé à l'ensemble des établissements hospitaliers publics ou privés participant au service public hospitalier, dispensant des soins de médecine, chirurgie ou obstétrique. Il devrait être prochainement étendu aux établissements privés conventionnés.

Sur la base des données médicales et comptables transmises par les établissements, les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales ont pu, pour la première fois en 1995, confronter l'activité aux bases budgétaires des établissements. Les premiers résultats obtenus ont confirmé l'ampleur des disparités de ressources existant entre les hôpitaux. La campagne budgétaire 1996 a permis d'amorcer un processus de correction des écarts qui sera amplifié de façon importante dans les années à venir à mesure du perfectionnement des instruments et de l'amélioration de la capacité des acteurs à s'inscrire dans ces nouvelles règles du jeu.

2.1.1. L'information médicale

L'activité hospitalière se caractérise par une grande diversité de prises en charge de pathologies. Aucune prise en charge n'est identique du fait de l'infinité de cas possibles tant du point de vue des caractéristiques intrinsèques du patient que des pathologies existantes. Un des premiers travaux réalisés par la mission PMSI lors de l'élaboration de ce programme fut de définir la « gamme » de produits hospitaliers que l'on appelle les GHM. La diversité des prises en charge a été répartie dans un nombre fini de GHM. On compte 580 GHM en 1999 répartis en 24 Catégories Majeures de Diagnostics (CMD). Ainsi la production d'un établissement de santé se définit-elle par l'éventail des GHM produits et leur nombre, ce que l'on appelle le *case mix*. [133].

L'information médicale, permettant le classement d'une prise en charge dans un GHM, est contenue dans les Résumés d'Unité Médicale (RUM). Cette information médicale a pour objet de décrire l'activité réalisée et de représenter la production hospitalière en un nombre défini de « produits ».

Nous décrivons ici les modes de production, de traitement et d'utilisation de l'information médicale.

[133] Nous ne reprenons pas ici les principes techniques de l'ensemble du PMSI et les modes de regroupement des prises en charge dans les Groupes Homogènes de Malades. Nous invitons le lecteur pour en savoir plus à ce sujet à consulter la lettre d'Informations Hospitalière, le numéro spécial de mai 1996 qui décrit tous les mécanismes et les algorithmes de classification des actes.

Tableau 4 : Production, traitement et utilisation de l'information médicale[134]

Où ?	Quoi ?	Quand ?	Comment ?
Unité de soins de courte durée Médecine, Chirurgie, Obstétrique	Résumé d'Unité Médicale	Produit à la fin de tout séjour effectué dans une unité de soins de courte durée	Sélection d'un nombre limité d'informations contenues dans le dossier médical *Codage des informations selon des nomenclatures et des classifications standardisées*
Département d'Information Médicale	Résumé de Sortie Standardisé (RSS) Groupes Homogènes de Malades (GHM) Résumé Standardisé Anonymisé (RSA)	Produit à la fin de tout séjour hospitalier MCO effectué dans une entité juridique Périodiquement En mars et en septembre	Assistance aux services cliniques pour produire et transmettre les RUM Classement chronologique des différents RUM relatifs à un même séjour hospitalier Production des RSS Groupage : classement des RSS en GHM Production des statistiques médicale et analyse de l'information ainsi traitée à l'usage des services producteurs, de la CME et de la direction Production des RSA et transmission à la DRASS Contrôle interne de qualité des RSA et transmission à la DRASS
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales	Fichier régional de RSA : Budget théorique, duplication CRAM et Caisse pivot Planification	En avril/mai et en octobre/novembre En novembre/décembre	Valorisation en points ISA des GHM après contrôle de l'exhaustivité et de la qualité des RSA et redressements éventuels Calcul de la valeur régionale du point d'activité : somme régionale des budgets MCO/total régional de points ISA Calcul du budget théorique : valeur régionale du point d'activité/total des points ISA de l'hôpital Comparaison du budget théorique avec le budget réel MCO de l'hôpital

Le codage des actes, qui donne ensuite lieu à la classification de la prise en charge dans un GHM selon un algorithme précis, est standardisé et réalisé à partir du Catalogue des Actes Médicaux (CdAM). Le CdAM est actuellement structuré en cinq champs correspondant chacun à un domaine de l'activité médico-technique et repéré par une lettre de l'alphabet grec :

* Champ Alpha : actes diagnostiques et thérapeutiques.
* Champ Bêta : actes d'anesthésiologie.
* Champ Gamma : actes d'imagerie médicale.
* Champ Mû : actes de radiothérapie.
* Champ Oméga : actes de réanimation.

En fonction des actes réalisés pour une prise en charge, celle-ci est classée dans un GHM. Le CdAM contient une énumération exhaustive des actes médicaux pratiqués en milieu hospitalier. Pour chaque acte, sont précisés sur une même ligne :

[134] La lettre d'Informations Hospitalières, « Le PMSI : analyse médico-économique de l'activité hospitalière » *Informations hospitalières*, numéro spécial, mai 1996, 71p.

* Le code de l'acte, composé de quatre caractères, une lettre et trois chiffres.
* Le libellé de l'acte.
* L'ICR - Indice de Coût Relatif - composé de trois chiffres.
* Le cas échéant, la lettre "Y" qui indique le caractère classant de l'acte dans la classification des GHM (ce sont les actes classants qui déterminent le GHM dans lequel va être classé le séjour correspondant à un RSS).

Devant l'évolution rapide des pratiques hospitalières, la mise à jour permanente du CdAM et (depuis le second semestre 1995) des ICR (Indices de Coûts Relatifs) a été confiée au PERNNS. Les différents champs du CdAM font l'objet d'une publication au Bulletin Officiel (ils sont également disponibles sur support magnétique auprès du CTIP).

Les informations obtenues par le PMSI proviennent des informations saisies dans les RUM :

Tableau 5 : Contenu d'un RUM

Numéro FINESS	De l'entité juridique dans laquelle le patient a effectué son séjour.
Numéro de RSS	Attribué à partir du numéro d'hospitalisation selon un mode séquentiel ou aléatoire à l'ensemble des RUM décrivant le séjour d'un malade. Cette attribution est faite sous la responsabilité du médecin responsable du Département d'Information Médicale et la correspondance entre les deux numéros est conservée par lui.
Date de naissance	Complète du patient.
Code postal	Du lieu de résidence du patient.
Numéro de l'unité médicale	Qui héberge le patient. Les unités médicales doivent être repérées par un code déterminé par l'établissement, conservé et utilisé par lui dans son système d'information.
Date et mode d'entrée dans l'unité	Mode d'entrée : Par mutation en provenance d'une autre unité. Par transfert d'une autre entité juridique. En provenance du domicile.
Date et mode de sortie de l'unité	Mode de sortie : Par mutation vers une autre unité. Par transfert vers une autre entité juridique. Par retour au domicile. Par décès.
Type de mutation ou de transfert (en cas de réponse « mutation » ou « transfert » au mode d'entrée et/ou au mode de sortie)	De ou vers une unité de court séjour. De ou vers une unité de moyen séjour. De ou vers une unité de long séjour.
Hospitalisation inférieure à 24 heures, le cas échéant	Il importe ici que la durée d'hospitalisation soit inférieure à 24 heures, que le malade sorte le jour même de son arrivée ou le lendemain.
Hospitalisation au cours des 30 jours précédant la date d'entrée dans l'établissement, s'il y a lieu	Effectuée dans le champ du PMSI dans le même établissement ou dans un établissement différent.
Nombre de séances s'il y a lieu	Nombre de présences dans l'établissement d'une durée inférieure à 24 heures, impliquant habituellement sa fréquentation itérative, dans un but thérapeutique, quel que soit le tarif appliqué à ce passage.
Diagnostic principal	Diagnostic considéré par le médecin responsable du malade à la fin de son séjour dans une unité médicale comme ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.
Diagnostic associé, s'il y a lieu	Affections associées au diagnostic principal, complications de celui-ci ou de son traitement.
Actes médicaux, s'il y a lieu	Il s'agit au minimum des actes repérés dans le CdAM par la lettre « Y » : ce sont les actes classants de la classification des GHM.
Poids à la naissance pour les nouveau-nés	En grammes.

À partir des informations transmises par les RUM, la prise en charge d'un patient est classée dans un GHM spécifique. L'ensemble des GHM nous donne le *case mix* de l'établissement, c'est à dire une représentation de son activité.

Il est évident que malgré des algorithmes précis de classification des RSS (ensemble des RUM d'une même prise en charge) dans des GHM, il existe des interprétations et des pratiques qui font que l'on ne peut être certain de l'homogénéité de traitement. C'est pour cela que les données PMSI font l'objet de ce que l'on appelle un contrôle de qualité et d'exhaustivité pour vérifier la cohérence de la cotation des actes avec les diagnostics et thérapeutiques mis en œuvre, puis avec le classement dans un GHM. Il arrive parfois que les praticiens, par manque d'information sur les méthodes, fassent des erreurs dans le codage des actes. À titre d'illustration, nous avons constaté lors de revues de dossiers dans un établissement, que les praticiens codaient des actes de traitement thérapeutique d'une pathologie là où les examens montraient une absence de la pathologie. En effet, lorsqu'un patient se présentait pour faire des analyses pour une présomption de maladie, les praticiens codaient le GHM correspondant au traitement de cette maladie même si les examens montraient l'absence de cette maladie. Ceci était dû au fait qu'ils ne savaient pas que dans un tel cas, il existe un GHM spécifique correspondant aux bilans effectués en vue de rechercher une maladie s'avérant négatifs. Par conséquent plus de traitements étaient comptabilisés que ceux réellement réalisés.

Malgré ces quelques sources d'erreurs, inhérentes à l'activité elle-même, l'information sur l'activité fournie par les données PMSI est beaucoup plus fine que la seule information, sur le nombre d'entrées et le nombre de journées réalisées disponible avant la mise en place du PMSI.

Pour chacun des établissements de santé, nous obtenons alors la représentation de l'activité par GHM. Pour chacun des GHM on obtient la consommation d'actes des services médico-techniques (laboratoire, bloc opératoire, imagerie), la gravité des actes de réanimation (oméga), la durée moyenne de séjour totale et en réanimation, l'âge moyen, le taux de SMUR (Service Médical d'Urgences Régional), le taux d'urgences et le taux de décès.

Tableau 6 : Les dix premiers GHM de l'échantillon d'hôpitaux de la base PMSI

GHM	Libellé	Nb observations	B de labo	ICR bloc	ICR radio	ICR explo. fonc.	ICR dialyse	Nb actes radioth.	DMS	Nb RUM	Âge	Tx 0-4 ans	Tx 80 ans et +	Tx Passages rea.	Tx SMUR	Tx Urg.	Tx décès
682	Radiothérapie	358 120	1	0	0	0	0	1	1	1	58,2	0,3	4,3	0	0	0	0
680	Épuration extra-rénale	157 427	77	0	0	0	31,3	0	1	1	62,9	0	9,2	0	0	0,3	0,5
681	Chimiothérapie pour tumeur	99 506	135	0	1	1	0	0	1	1	57,3	0,9	1,6	0	0,1	0,7	0,1
823	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs derecours aux services de santé : ambulatoire, sans acte opératoire	55 485	384	1	4	3	0	0	1	1	48,8	4,4	8	0	1,8	3,3	0
540	Accouchements par voie basse sans complication	47 518	269	77	0	1	0	0	5	1,1	28,7	0	0	0	1,3	12,7	0
874	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	40 563	106	0	0	0	0	0	4,9	1	0	100	0	0	1,1	3,4	0
587	Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA	34 109	552	3	8	3	0	0	3,3	1	56,6	0,7	1,6	0	1,3	3,2	0,4
684	Autres séances sans actes opératoires	30 300	177	0	1	1	0,7	0	1	1	52,4	4,7	7,8	0,6	1,7	2,1	0,7
675	Autres facteurs influant sur l'état de santé	19 229	589	3	11	15	0,1	0	3,5	1,1	51,2	10,9	10,1	1,3	2	12,4	1,3

Dans le tableau ci-dessus figurent les dix GHM les plus fréquents des 50 établissements publics et PSPH constituant l'échantillon de la base PMSI. La radiothérapie (traitement par rayons X des tumeurs) représente le GHM le plus important. L'accouchement par voie basse sans complication représente aussi une part importante de l'activité hospitalière de l'échantillon. Pour chacun des GHM le PMSI donne comme information le nombre d'observations total, la consommation d'actes médico-techniques (analyses biologiques, imagerie, « lourdeur » de l'intervention chirurgicale), ainsi que la Durée Moyenne de Séjour (DMS), l'âge moyen des patients, le taux de patients ayant été transporté à l'hôpital par le SMUR, le taux d'urgences et le taux de décès.

Les données PMSI collectées par chacun des établissements publics et PSPH sont transmises aux DRASS qui réalisent une synthèse des données médico-techniques et comptables dans un document : le MAHOS (Mesure de l'Activité HOSpitalière) chaque année.

2.1.2. L'information économique

Le PMSI décrit l'activité médicale par le classement en Groupes Homogènes de Malades (GHM) des actes effectués. Les produits ainsi définis font alors l'objet d'un calcul de coûts. À l'heure actuelle, le coût de chacun des 580 GHM est défini à partir des données de la comptabilité analytique fournies par un échantillon représentatif d'environ 50 établissements hospitaliers publics et PSPH nationaux. Les établissements de la base nationale sont sélectionnés sur des critères de qualité et d'exhaustivité du système d'information. C'est la médiane des coûts des établissements qui est conservée comme référence nationale. L'ensemble des coûts pour chacun des GHM ainsi définis forme l'échelle nationale des coûts des GHM. L'unité de compte de l'échelle nationale des coûts n'est pas la monnaie nationale mais les points ISA (Indice Synthétique d'Activité) dont la valeur en francs est donnée chaque année. Ainsi, chaque année est publiée l'échelle des coûts PMSI, c'est-à-dire le coût standard de chacun des GHM.

Les établissements qui ne disposent pas d'un système de comptabilité analytique
Ces établissements peuvent à partir de leur *case mix* calculer leur budget théorique, c'est-à-dire les charges qu'ils auraient à supporter avec les mêmes coûts unitaires que la base nationale des coûts. Ainsi l'établissement peut constater une sur ou sous dotation par rapport à la médiane des coûts de l'échantillon national.

Les établissements disposant d'un système de comptabilité analytique
Ces établissements peuvent procéder à une analyse des écarts de coûts produit par produit (GHM par GHM) et une analyse de structure de ces coûts par rapport à l'échantillon national.

Le calcul des coûts pour chaque GHM : la Direction des Hôpitaux a défini un nouveau modèle de calcul des coûts par GHM fondé sur une affectation directe d'un maximum de charges sur les séjours et sur une répartition conventionnelle des charges de structure et

de logistique de l'hôpital sur ceux-ci. Ce nouveau modèle de coût a fait l'objet d'une expérimentation nationale dite « étude nationale des coûts par activité médicale » depuis 1992.

Le découpage repose sur quatre principes :
- Un plan de comptes commun à l'ensemble des établissements.
- Une pluralité des niveaux de saisie des coûts ou des informations d'activité élémentaires, ce qui permet une souplesse d'adaptation en fonction du degré d'évolution du système d'information hospitalier.
- Une articulation commune entre le découpage analytique, le découpage budgétaire et le découpage en unités médicales.
- Une description exhaustive des activités hospitalières ce qui conduit les établissements à créer des sections d'analyse même lorsque la prestation médicale n'est pas assurée en interne.

Le découpage en centres de responsabilité : il s'agit d'un découpage budgétaire de l'établissement correspondant au niveau où les objectifs d'activité et de moyens sont négociés entre le responsable et la direction de l'établissement. Ce découpage permet d'effectuer le suivi budgétaire par centre de responsabilité de l'établissement et d'évaluer la performance des responsables par rapport aux objectifs fixés.
Le centre de responsabilité est l'aboutissement du raccordement pyramidal correspondant à trois niveaux successifs de consolidation : unité fonctionnelle, section d'analyse, centre de responsabilité. L'unité fonctionnelle est la plus petite entité de l'hôpital à partir de laquelle la collecte des informations peut être réalisée et utilisée dans les fichiers informatiques.

La principale difficulté rencontrée par les établissements, pour un découpage effectif en centres de responsabilité, provient du statut des établissements publics qui conduit à des procédures administratives incompatibles avec un tel découpage pour une réelle responsabilisation des centres, alors que ceux-ci n'ont que très peu de marges de manœuvre sur l'engagement des dépenses.

Le découpage distingue 5 niveaux traduits par le plan de compte :
- Le niveau 1 correspond aux 4 grandes fonctions de l'hôpital : (1) gestion générale, logistique et formation, (2) fonction médico-technique, (3) fonction clinique, (4) logistique médicale.
- Les niveaux 2 à 5 : chaque fonction se subdivise en activités. Le niveau de découpage résulte exclusivement des objectifs d'analyse des coûts poursuivis par l'établissement et des contraintes de correspondance avec les centres de responsabilité. Au-delà des niveaux 5 les établissements ont la possibilité de créer librement des niveaux supplémentaires.

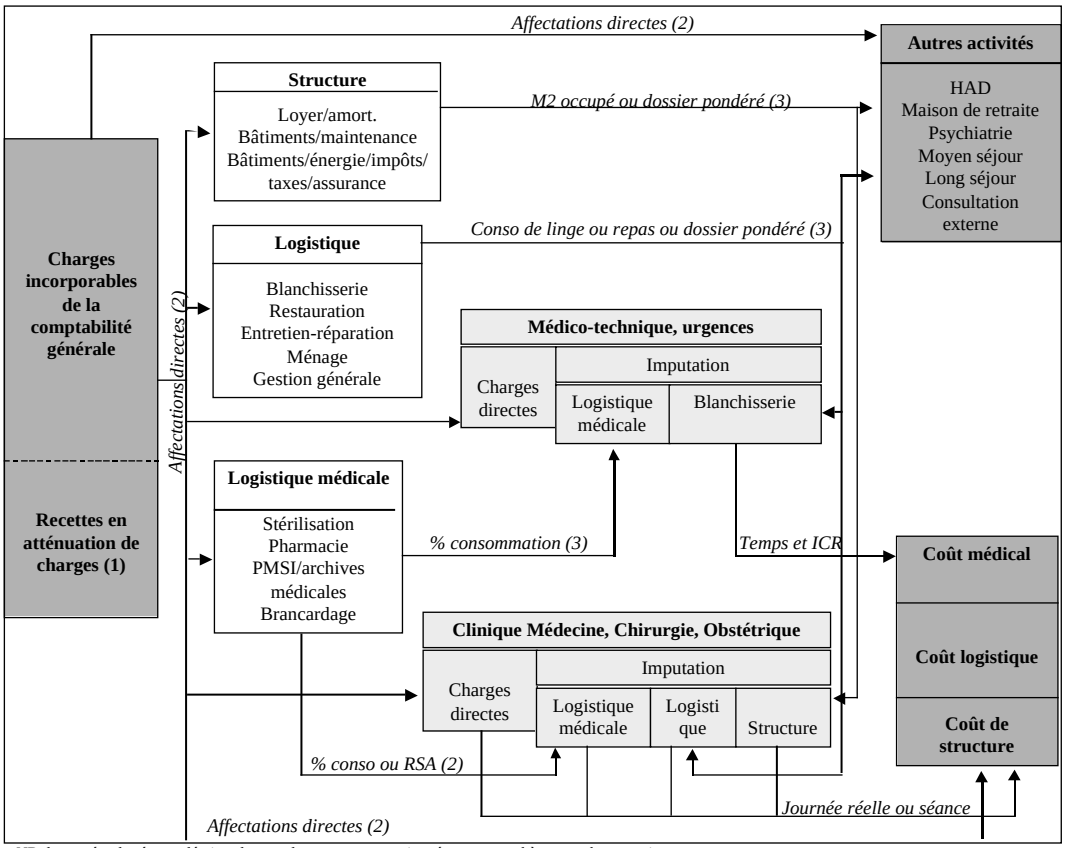
Le schéma général d'organisation comptable est donc de type arborescent, les coûts d'un niveau de découpage donné pouvant être décomposés en coût d'un niveau inférieur. Inversement, la sommation des coûts d'un niveau donné permet d'obtenir les coûts d'un niveau supérieur.

Tableau 7 : Les 5 niveaux de regroupement analytique

	Niveau 1 : les fonctions	Niveau 2 : les activités
Établissement de santé	Gestion générale, logistique et formation	Gestion générale et autre logistique
		Restauration
		Blanchisserie
		Formations sanitaires et sociales
	Fonction médico-technique	Urgences médico-chirurgicales
		SMUR
		Dialyse
		Laboratoire d'analyses médicales biologiques
		Blocs opératoires
		Imagerie
		Radiothérapie
		Réadaptation-rééducation
		Anesthésiologie
		Exploration fonctionnelle
		Autres activités médico-techniques
	Fonction clinique	Médecine
		Chirurgie
		Gynéco-obstétrique
		UCSA
		Consultations
		Services psychiatriques
		Hospitalisation/moyen séjour
		Disciplines sociales et médico sociales
		Soins de longue durée et maisons de retraite
		Alternative à l'hospitalisation et autres activités
	Logistique médicale	Pharmacie
		Stérilisation
		SAMU
		DIM ou SIM
		Génie biomédical
		Autres logistiques médicales

Le modèle réserve une grande précision à l'ensemble des coûts médicaux, coûts des unités d'hospitalisation, des consommables médicaux, des actes médico-techniques et se contente de regroupement plus grossier en ce qui concerne la gestion générale, la logistique et la structure. C'est ainsi que sont isolées les dépenses des unités d'hospitalisation MCO en distinguant les salaires médicaux, les salaires de personnel soignants, les salaires des autres personnels ; les dépenses d'amortissement et de maintenance du matériel médical des unités ; les dépenses de logistique médicale. Sont aussi isolées les dépenses de consommables médicaux (sang, prothèses et implants, médicaments coûteux, matériel à usage unique coûteux), et les dépenses directes des services médico-techniques (bloc opératoire, anesthésiologie, laboratoires, imagerie, explorations fonctionnelles).

Figure 4 : De la comptabilité générale aux coûts par séjour[135]



NB: le numéro des étapes décrites dans ce document est mentionné entre parenthèses sur chaque trait.

Le choix de la direction des hôpitaux lors de l'élaboration du PMSI s'est orienté vers le calcul d'un coût complet pour chaque GHM. L'ensemble des coûts pour chaque GHM, transposés dans l'unité de compte « point ISA », est appelé l'échelle relative des coûts. Cette échelle relative des coûts nous donne une représentation générale et synthétique des coûts complets respectifs de chaque type de prise en charge. Cependant, en externe comme en interne, la pertinence de cet outil demeure discutable. En effet, les problèmes de pertinence que posent, en comptabilité industrielle, les méthodes comptables de calcul des coûts sont connus. La difficulté est semblable en milieu hospitalier puisque ici aussi le choix de la méthode comptable conditionne la pertinence des coûts calculés. « *L'effet déformant de l'unité d'œuvre est d'autant plus important que la proportion de charges indirectes est élevée. Or, il semblerait à la lecture de la littérature que les charges indirectes des établissements hospitaliers représentent généralement plus de 50 % des charges totales*[136] ». Notamment, la journée constitue l'unité d'œuvre utilisée pour l'affectation des charges de l'ensemble des unités médicales ainsi que des charges de logistique et par conséquent conditionne plus de la moitié du coût du produit GHM. Or, la

[135] Triboulet L. et Boucher G., « L'étude de coûts par GHM dans le secteur privé », *Hospitalisations Nouvelles*, n° 284, 2001, pp. 38-55.

[136] Cluze G., *Proposition d'un outil de gestion fondé sur la méthode ABC : une expérimentation dans un établissement de soins privé*, Thèse pour l'obtention du Doctorat ès Sciences de Gestion, Université Jean Moulin Lyon III, janvier 2000, 409p. ; p. 150.

durée du séjour n'est pas une variable fortement corrélée aux coûts car lors d'une prise en charge, les coûts sont concentrés sur les actes techniques, donc se répartissent inégalement sur l'ensemble du séjour. Ceci fait dire à G. Cluze : *« On constate donc une circularité du fonctionnement du système de comptabilité analytique : ce modèle est donc une représentation non satisfaisante du réel*[137] *»*. Le versant, calcul des coûts du PMSI, requiert des amendements comptables pour améliorer la pertinence de la représentation économique que celui-ci fournit dans un but de contrôle externe de l'activité hospitalière, mais surtout pour une gestion interne de celle-ci.

2.1.3. L'extension du PMSI aux établissements privés commerciaux

La description de la production des établissements privés sous Objectif Quantifié National (OQN) utilise les mêmes informations que pour les établissements publics et privés PSPH : description de l'activité en termes de journées réalisées, de nombre d'entrées, de lettres clefs. En revanche, du fait des modes de financement différents entre les établissements publics et PSPH sous dotation globale et les établissements privés remboursés proportionnellement à l'activité réalisée, la comparaison des coûts nécessite certains retraitements. Pour la première fois, une approche de l'activité par le biais du PMSI a été réalisée à partir des données 1998 par l'Association pour le Développement de l'Information Médico-Economique de l'Hospitalisation Privée[138] (ADIMEHP). L'expérimentation PMSI-privé s'est réalisée en parallèle du développement du PMSI dans les établissements publics et PSPH. Pour une représentation de l'activité du privé par GHM (*case mix*) la catégorie juridique ne pose aucun problème. En revanche, pour le calcul des coûts, la divergence des modes de financement a un impact sur l'homogénéité des résultats obtenus : par exemple, les médecins sont rémunérés à l'acte dans le privé et ne figurent pas dans les charges de personnel de l'établissement.

La question de l'expérimentation privée était[139] : *« Faut-il ou non réformer le système d'allocation des ressources des établissements de santé privés et faut-il aller vers une réforme convergente pour le système d'allocation de ressources du secteur public ? »*. Cette question pose explicitement la question du choix du caractère privé ou public de la mise en œuvre des priorités nationales en matière de santé. Mais cette réforme qui vise à harmoniser les systèmes de tarification entre le secteur public et le secteur privé et à allouer à l'ensemble des établissements des fonds sur la base d'un tarif par pathologie traitée se heurte à de multiples difficultés techniques. L'une des difficultés essentielles concerne le problème des honoraires des médecins qui travaillent en clinique. Les fédérations de cliniques sont en effet hostiles à ce que les honoraires des médecins soient intégrés dans les tarifs à la pathologie[140]. Une telle intégration se heurte à l'opposition des

[137] Cluze G., 2000, op. cit. ; p. 151.

[138] Données disponibles le 21 novembre 2001 sur le site Internet : http://www.adimehp.com.

[139] GREMAQ, *Coût et Efficacité des dépenses de santé*, Commissariat général au plan, décembre 1998, multipagination.

[140] Keller B., « Divergences entre hôpitaux et cliniques sur la réforme de la tarification », *Le Quotidien du Médecin*, mardi 12 septembre 2000.

médecins libéraux qui y voient un risque pour leur rémunération et pour le paiement à l'acte.

Les résultats de l'étude privée sont à l'heure actuelle disponibles sur le site d'information médicale des établissements privés[141]. La cohérence méthodologique est respectée et les résultats sont présentés de manière similaire aux résultats des établissements publics et PSPH. La définition de standards de coûts s'est réalisée en prenant la médiane des coûts des établissements de l'échantillon retenu sur des critères d'exhaustivité et de fiabilité du système d'information. Les résultats sont présentés par GHM.

Nous avons réalisé une comparaison des coûts publics et privés fournis par les deux échelles de tarification dans le tableau ci-dessous. Nous avons retenu pour cette comparaison un échantillon de GHM correspondant à 25 GHM parmi les plus fréquents.

[141] Association pour le Développement de l'Information Médico-Economique de l'Hospitalisation Privée, consulté le 20 juillet 2001, disponible, URL : http://www.adimehp.com.

Tableau 8 : Comparaison de l'activité publique et privée sur un échantillon de GHM

GHM	**Libellé**	Effectif public	Effectif privé	nbre d'obs. public de l'échantillon	nbre d'obs privé de l'échantillon	Salaires médecins	Honoraires médecins	Total autres personnels public	Total autres personnels privé	**Total pers. public**	**Total pers. privé**	Amort. Bât. & frais financiers public	Amort. Bât. & frais financiers privés	Conso. méd. Public	Conso. Méd. Privé	**Coût total public**	**Coût total privé**	DMS public	DMS privé	Nbre ICR moyen public	Nbre ICR moyen privé
51	Intervention sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	73 178	196 661	3 376	5 667	684	2 707	2 656	973	**3 340**	**3 680**	224	367	1 093	1 337	**11 698**	**8 500**	2,4	1,8	68	67,4
74	Interventions diverses sur le nez, les oreilles, la gorge ou le cou	21 660	39 016	1 282	1 402	713	2 265	3 748	1 310	**4 461**	**3 575**	253	372	416	396	**13 996**	**7 537**	3,3	2,8	65	89,8
105	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	22 849	87 074	1 492	2 641	443	1 609	1 921	618	**2 364**	**2 227**	149	181	233	57	**8 115**	**4 277**	1,7	1,3	39	46,1
167	Ligatures de veines et éveinages	33 209	106 875	1 781	4 292	448	221	2 837	1 096	**3 285**	**1 317**	342	303	475	505	**11 688**	**6 826**	3,4	2,3	48	51,6
179	Infactus aigu du myocarde sans complication cardio-vasculaire	38 029	11 395	1 736	1 089	2 053	5 444	8 996	4 560	**11 049**	**10 004**	812	731	2 737	3 301	**29 109**	**27 224**	8,8	6,4	110	174,5
181	Cathétérismes cardiaques ou coro. avec pathologie cardiaque sévère en dehors d'un infarctus aigu du myocarde	16 154	10 084	999	1 084	2 420	4 348	10 089	2 895	**12 509**	**7 243**	928	448	2 463	1 077	**34 181**	**20 348**	10,4	4,9	179	177,4
182	Cathétérismes cardiaques ou coro. pour une pathologie autre	78 568	67 345	3 982	6 386	1 030	4 172	4 812	2 096	**5 842**	**6 268**	422	374	2 013	2 167	**20 448**	**19 173**	5,1	3,6	155	169,4
184	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	114 247	22 512	5 007	1 072	2 173	2 358	8 948	5 369	**11 121**	**7 727**	992	640	1 415	762	**25 624**	**15 892**	10,7	8,5	44	9,7
225	Appendicectomies non compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA	43 809	57 203	2 858	1 585	717	1 731	4 500	1 854	**5 217**	**3 585**	486	484	530	297	**15 301**	**8 083**	4,9	3,9	49	49,7
229	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales âge de 18 à 69 ans sans CMA	27 179	45 103	1 822	1 541	608	2 013	3 979	1 852	**4 587**	**3 865**	437	514	656	1 657	**14 973**	**9 961**	4,7	3,8	62	64,4
232	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, âge inférieur à 70 ans sans CMA	18 158	35 563	953	1 654	594	1 497	3 490	1 756	**4 084**	**3 253**	396	473	414	210	**11 700**	**6 813**	3,9	3,4	31	34,2
256	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	71 888	53 222	3 619	1 602	957	1 569	4 818	1 894	**5 775**	**3 463**	568	429	728	310	**14 478**	**7 671**	6,4	3,7	36	32,8
257	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans sans CMA	82 547	56 293	4 522	1 764	493	1 310	2 665	1 261	**3 158**	**2 571**	289	302	362	154	**8 598**	**5 724**	3,2	2,5	26	30,8
274	Cholécystéctomies sans exploration de la voie biliaire principale , âge inférieur à 70 ans sans CMA	23 053	28 671	1 503	1 092	829	2 985	5 369	2 356	**6 198**	**5 341**	594	640	982	1 108	**21 217**	**12 789**	6,3	4,9	92	87,5

Si l'on regarde les rémunérations des médecins, on constate que l'affectation des salaires des médecins dans le public est faible par rapport aux honoraires du privé pour, *a priori*, un même acte. L'activité des praticiens hospitaliers se répartit entre l'activité d'hospitalisation, l'activité de consultation, l'activité de recherche et d'enseignement. La répartition des salaires entre ces activités se fait sur la base des déclarations des médecins eux-mêmes. En revanche pour les médecins libéraux, l'activité se répartit entre les consultations et l'hospitalisation. En revanche les rémunérations des autres professionnels sont beaucoup plus élevées dans le public que dans le privé. En effet, les activités indirectes aux soins, telles que les activités administratives, sont plus développées dans le public et par conséquent la masse salariale est globalement plus importante dans le public. On constate que les amortissements et frais financiers ne sont pas significativement différents. Il en va de même pour la consommation médicale.

Pour chacun des GHM, le coût total du privé est inférieur au coût total du public. La différence de coûts entre le public et le privé s'explique par le montant des actes médico-techniques et la logistique et maintenance ainsi que par la différence dans les charges de personnel autre que personnel médical. Les actes médico-techniques sont pour l'essentiel constitués du coût du bloc opératoire pour le privé étant donné que les actes de biologie et d'imagerie sont remboursés à l'acte. Quant à la différence de rémunération des personnels autres entre les deux secteurs, celle-ci a fait l'objet de revendications des établissements privés dans le cadre de la mise en place des 35 heures à l'hôpital au cours du mois de novembre 2001 : *« le mouvement de grève totale et illimitée déclenché lundi dans les cliniques afin d'obtenir une rallonge budgétaire de 915 millions d'euros destinée à aligner les salaires des personnels de ce secteur sur ceux du secteur du public a semble-t-il porté ses fruits en partie*[142] ». En effet, les établissements privés, qui connaissent depuis 1998 une situation financière globalement difficile[143], dénoncent une concurrence déloyale du public qui bénéficie de budgets de personnel élevés et de surcroît d'aides spécifiques de l'État au niveau de la mise en place des 35 heures.

En dehors des éléments propres aux rémunérations du *personnel autre*, les données PMSI présentent les établissements privés comme réalisant les mêmes activités que les établissements publics à un coût moins élevé. Ils consomment moins d'actes médico-techniques, ont une maintenance du matériel et une logistique moins coûteuses avec globalement des charges de personnels non médicaux plus faibles qui traduisent aussi une moindre mobilisation de ressources humaines.

Cependant, la représentation de l'activité hospitalière par le biais du PMSI ne permet pas de prendre en compte les spécificités des établissements de santé publics et le risque est grand de comparer abusivement les performances du privé et du public sur la base de ces résultats.

---

[142] Jacquelot S., « La grève dans l'hospitalisation privée », *Le Quotidien du médecin*, 7 novembre 2001.

[143] Nous présentons les résultats d'une étude réalisée sur les données économiques et financières des établissements privés dans le chapitre suivant.

1er écueil : Les missions du secteur public sont plus étendues que celles du secteur privé lucratif

L'activité développée dans les établissements publics et PSPH est plus étendue que la seule prise en charge de pathologies. Or ces activités ne font pas l'objet d'un retraitement particulier par le PMSI.

Les missions complémentaires du service public[144] :

- **La prise en charge de la précarité**

  L'hôpital public est tenu d'accueillir et d'orienter toute personne se présentant dans la structure. Bien que conventionnés, les établissements privés lucratifs pratiquent des dépassements d'honoraires, par conséquent la prise en charge de la précarité revient généralement aux hôpitaux publics et PSPH. Cette dimension « sociale » n'est pas prise en compte dans le PMSI et n'apparaît donc pas alors qu'elle représente une part importante de l'activité hospitalière.

- **La référence et la disponibilité des ressources**

  Le SROS dit de deuxième génération organise l'offre de soins hospitalière publique et privée sur le territoire régional selon différents niveaux d'équipements et d'activité. C'est le principe de subsidiarité qui fonde les rapports entre ces différents niveaux : la réponse de proximité, lorsqu'elle est adaptée au cas du patient est recherchée en priorité. Le recours à d'autres types de réponses s'envisage graduellement en fonction des suppléments de prise en charge que l'état du malade requiert et des moyens souhaités par l'établissement d'origine. Quatre niveaux d'équipements et de moyens sont définis : le niveau de proximité, le niveau de proximité renforcé, le niveau de référence et le niveau de référence et universitaire.

  Les niveaux de référence sont essentiellement constitués d'établissements publics et PSPH du fait du coût élevé des équipements nécessaires. Les niveaux de référence offrent de plus une disponibilité des ressources 24 heures/24 heures pour la prise en charge et le traitement des urgences. La disponibilité de ressources « de pointe » engendre un surcoût. En effet, un accouchement par voie basse sans complication aura un coût plus élevé en niveaux de référence qu'en niveaux de proximité du fait du potentiel de ressources. Or, la seule comparaison des coûts privés et publics par GHM ne représente pas cette caractéristique de l'offre publique par rapport à l'offre privée.

- **La recherche et l'enseignement**

  Les CHU ont en plus de l'activité d'accueil et de traitement des patients, une activité d'enseignement et de recherche à effectuer, activités qui mobilisent des ressources en personnel et qui n'apparaissent pas non plus dans les données PMSI.

- **Les produits joints**

  Les établissements publics n'ont généralement pas qu'une activité de court séjour mais aussi des activités de moyen et de long séjour. Ces dernières n'entrent pas dans les

[144] Colin C., « Comparer la performance des hôpitaux : quelles méthodes ? », *actes du colloque Le PMSI pour comparer les hôpitaux, quels indicateurs, quelles méthodes, quelle utilisation ?*, 16 et 17 juin 2000.

données PMSI, mais comme tout produit joint, il est difficile de savoir dans quelle mesure celles-ci influent sur les données PMSI et notamment sur la consommation de ressources.

2e écueil : La répartition de l'activité entre le privé et le public n'est pas homogène

Pour affiner la pertinence de l'outil PMSI la FHF a réalisé un regroupement des actes classants du PMSI de manière à faire apparaître la distinction entre les actes réputés lourds et les actes réputés légers et ainsi observer la répartition de ces actes entre les différentes catégories d'établissements.

L'analyse des parts de marché respectives des secteurs publics et privés par type d'actes a été réalisée selon trois méthodes :

1. classification en groupes d'activité : cette classification regroupe les GHM en 38 catégories dont 17 chirurgicales et 21 médicales. L'intérêt de cette classification est de permettre l'identification de spécialités par grand pôle.

Tableau 9 : Parts de marché des établissements publics et PSPH selon la classification par groupe d'activité

Parts de marché en % de l'hospitalisation publique et PSPH selon la classification en groupes d'activités		
Groupe d'activité	**Hospit. de plus de 24H**	**Hospit. de moins de 24H**
Transplantation d'organes, greffes de moelle	100	100
Neuro-chirurgie et chirurgie du rachis	55	
Chirurgie Cardiaque thoracique, sauf transplantation cardiaque	68	
Chirurgie vasculaire périphérique pour troubles vasculaires métaboliques	32	11
Stimulateurs cardiaques	47	
Orthopédie, traumatologie	47	29
Chirurgie viscérale	45	42
Chir. hépato-biliaire et pancréatique	49	74
Chirurgie urologique	43	29
Chir. Appareil génital masculin	39	34
Chirurgie gynécologique, sein	43	43
Obstétrique	65	
Obstétrique et acte (sauf accouchement par césarienne) IVG	65	65
Chir. ophtalmologique	33	19
Chir. ORL et stomatologie	31	20
Chir. trauma. brûlés, greffes peau-sein-anus, VIH séances	51	27
GHM 901 (actes sans relations avec le diagnostic)	74	
Neurologie	93	95
Pneumologie	87	63
Cardiologie	75	72
Rhumatologie, orthopédie, traumatologie	80	70
Hépato Gastro-entérologie	69	23
Diabète maladies métabolisation endocrinienne	89	96
Urologie néphrologie	74	56
Appareil génital masculin	69	42
Gynéco Obstétrique, sénologie	70	76
Nouveau-Nés, prématurés affection période périnatale	67	82
Ophtalmologie	91	78
ORL et Stomatologie	78	49
Maladies immunitaires du sang, des organes hématopoïétiques	86	79
Fièvre, Infection, Septicémie	91	96
Psychiatrie, Toxicologie, Intox, Alcool	93	98
Surveillance état pathologique connu suivi thérapeutique, rééducation	70	
Chimiothérapie et radiothérapie Avec et sans séance	89	
Dialyse, épuration extra rénale y compris séances	86	
Décès, transferts immédiats	97	87
Divers sans acte: lésions cutanées, brûlures, allergies	80	77
VIH sans acte	99	
Total	66	53

Les établissements publics et PSPH rassemblent une grande majorité de séjours de plus de 24 heures en médecine (de 67 % pour les nouveaux nés à 99 % pour les prises en charge du VIH). La chirurgie est quant à elle mieux répartie : 31 % de l'ORL et stomatologie chirurgicale pour ce secteur jusqu'à 100 % pour l'activité de greffes. Le privé a développé plus rapidement l'activité ambulatoire, notamment en chirurgie ou en

médecine instrumentale. Par contre, l'activité de séances, surtout en cancérologie se fait majoritairement dans le public.

Les données sur la répartition des activités entre les secteurs publics et privés font apparaître un phénomène de « fuite » de la chirurgie vers le privé et de la médecine et de l'obstétrique vers le public. En effet, les disciplines médicales sont fortement consommatrices de lits (DMS relativement plus élevées) et de personnel. Par conséquent, le privé se centre sur l'activité chirurgicale afin d'avoir une profitabilité plus forte (ceci correspond à des tendances générales, les études réalisées cas par cas montrent une grande disparité de répartition des activités au sein des deux secteurs). Les disciplines médicales sont réputées être des disciplines « lentes », pour lesquelles le diagnostic et le traitement exigent un contact et une connaissance non négligeables du patient.

2. Classification OAP (instruments d'analyse du PMSI) : conçue par le COTRIM (Comité d'Organisation Technique et d'Évaluation Régionale) d'Île de France, cette classification regroupe les GHM selon deux niveaux : les lignes de produits (182) et les pôles d'activité (24). La chirurgie n'est pas distinguée de la médecine au niveau du pôle. Cette classification donne une idée de la complexité : prises en charge complexes et prises en charges courantes.

3. Analyse « Duo » : cette approche permet de faire un zoom sur certaines lignes de produits de la classification OAP en distinguant les prises en charge lourdes et légères. La lourdeur est définie par la colonne poids moyen.

Tableau 10 : Pourcentage prise en charge légère/lourde

1999	Parts de marché public et PSPH	Nombre de séjours	Total ISA	Poids moyen du cas traité
Ligatures de veines	21	165 738	124 869 276	753
Chirurgies majeures de revascularisation	46,1	33 816	195 112 749	5 769,835
Amygdalectomies, végétations, drains transtympaniques	23,6	273 924	107 479	0,392
Chirurgie ORL majeures	70,4	1 249 663	374 876	0,300
Cataractes opérées	22,7	385 712	325 313 377	843,410
Autres chirurgies ophtalmo	54,8	89 050	115 020 973	1 291,645
Nouveaux nés de plus de 2000g	65,8	732 979	486 478 845	663,701
Nouveaux nés de moins de 2000g	93,8	18 258	137 274 831	7 518,613
Cholécystectomie et chirurgies biliaires	46,5	956 230	136 357	0,143
Chirurgie grêle/colon	56	71 404	359 487	5,035
Hernies	41,8	189 853	249 847	1,316
Chirurgies digestives hautes	56,9	26 350	124 888 050	4 739,584

Six duos de prise en charge ont été retenus pour une même discipline qui illustrent les différences globales entre les établissements du secteur public et PSPH et ceux du secteur privé. 77 % des cataractes sont opérées dans le privé alors que le public opère 55 % des

autres affections ophtalmologiques plus complexes. Ce type de résultats se retrouve sur la majorité des duos à analyser. Le privé se centre sur les prises en charges « légères » tandis que le public conserve les prises en charge « lourdes ». Le secteur public et PSPH est présent sur toutes les activités d'hospitalisation alors que le privé est pratiquement absent sur certaines : bien sûr les greffes, mais aussi la neurologie (7 %), l'ophtalmologie médicale (9 %), les fièvres et infections (9 %), la psychiatrie et les affections toxiques et liées à l'alcool (7 %) et le VIH (1 %).

2.1.4. Le chaînage des données et le panier de biens et services de santé

Pris en application de la loi du 31 juillet 1991, le décret du 27 juillet 1994 dispose que tout établissement de santé rend compte de son activité. Dans le cadre du PMSI, cela se fait au moyen de résumés de séjour pour les hospitalisations de court séjour MCO.

À la différence des résumés produits par les établissements financés par dotation globale, les résumés émanant des établissements privés relevant de l'objectif quantifié national comptent au nombre des rubriques obligatoirement renseignées la mention du numéro dit « de sécurité sociale ». Cette information offre la possibilité de relier entre eux les différents séjours d'un même patient. Ce chaînage des séjours est le complément nécessaire du dispositif de recueil des informations : outre qu'il joue un rôle essentiel dans la validation de la qualité du codage des informations fournies, il est indispensable à la réalisation d'analyses pertinentes des bases de données régionales et nationale. Il a donc été décidé d'organiser pour l'ensemble des établissements une même procédure de chaînage qui constitue une adaptation de la procédure initialement instaurée dans le secteur privé[145].

Ce chaînage des données permettra donc de connaître la *consommation* totale de soins pour chacun des individus, information nécessaire à l'instauration d'un panier de biens et services de santé[146]. La restructuration actuelle du système de santé vise à maintenir la qualité des prestations de soins ou à la renforcer tout en œuvrant, d'une part, à une plus grande équité dans la dispensation de cette offre, d'autre part, en s'assurant que cette offre de soins est consacrée aux priorités de santé et compatible avec les ressources disponibles affectées au soin. Le panier de biens et services de santé constitue un ensemble de prestations qui doit être capable de répondre à des besoins de soins. Le concept de ce panier remboursable, trouve sa logique et son fondement sur des principes d'efficience et de solidarité. L'idée dominante est qu'il faut pouvoir offrir ces soins à tous, car il s'agit d'un droit fondamental des citoyens. Cependant, le principe de réalité, que l'évolution des dépenses de santé a mis en évidence depuis plusieurs années, est que s'il faut des soins pour tous, cela ne peut concerner tous les soins, tout au moins si l'on considère ici les soins pris en charge pas l'assurance maladie. Le panier des biens et services doit être adapté aux besoins courants de prise en charge.

[145] Circulaire DHOS-PMSI en cours de signature, relative au chaînage des séjours en établissements hospitaliers.

[146] HCSP, *Le panier de biens et services de santé*, Editions ENSP, février 2000, 75p.

Le chaînage des données PMSI permettra alors de savoir quelle est la consommation de soins selon des catégories d'individus de manière plus fine afin de déterminer le contenu de ce panier de biens et services de santé. Ce chaînage permettra de plus le suivi de la consommation des individus.

2.1.5. La pertinence du PMSI remise en cause

Le PMSI produit-il une information utile au décideur ? N. Halgand[147] distingue des sources classiques et des sources caricaturales de non-pertinence des coûts. Les sources classiques de non-pertinence proviennent d'une part de la méthode d'imputation des charges indirectes, reposant sur la méthode des sections homogènes qui présente des limites importantes de validité dans un secteur où les charges indirectes représentent la quasi totalité des charges. Ceci conduit alors à se poser la question de la pertinence du coût complet comme outil de gestion à l'hôpital. *« Dans le cas hospitalier, on s'interrogera sur la pertinence du choix des unités d'œuvre pour répartir les charges indirectes, qui produit un effet de voile entravant toute démarche de recherche des lois de variation des coûts ; ce phénomène mérite d'autant plus d'attention qu'il concerne une proportion importante de charges[148] ».*

Un deuxième niveau de critique à l'égard du PMSI est le degré de normativité que celui-ci impose et qui conditionne alors en retour les comportements des acteurs. La gestion développe des instruments et il existe une forte interaction entre les instruments développées et les orientations de gestion. Les instruments de gestion ne sont pas neutres, ils ne sont pas que des résultantes des besoins de gestion, ils participent aussi à la définition des critères de performance retenus. *« Des instruments de gestion plus ou moins complexes sont mobilisés dans la gestion des organisations. Ils sont généralement considérés comme des auxiliaires discrets et fidèles au service du pouvoir. Ceci repose sur le principe que la conduite des organisations est affaire de volontés ».* Une recherche menée par M. Berry au sein du CRG[149] montre qu'au contraire, « *les instruments de gestion sont souvent des éléments décisifs de la structuration du réel, engendrant des choix et des comportements échappant aux prises des hommes, parfois à leur conscience. Les instruments mobilisés dans la gestion constituent un élément décisif de la structuration des situations et de leur évolution et engendrent souvent mécaniquement des choix et des comportements échappant aux prises des volontés des hommes. Or, l'idée même que les choix puissent résulter mécaniquement de l'effet des instruments mis en œuvre par l'homme et selon une manière qui lui échappe semble une atteinte à la dignité de ses consciences et ses volontés ».*

La notion de rationalité limitée développée par H. Simon est acceptée comme paramètre de la décision mais pas encore la notion de *rationalité inconsciente*. Les travaux menés

[147] Halgand N., « Problèmes de pertinence des coûts pour le contrôle : le cas hospitalier », *Revue Comptabilité Contrôle Audit*, tome I, vol.2, sept 1995, pp. 34-51.
[148] Halgand N., 1995, op. cit.
[149] Centre de Recherche en Gestion de l'Ecole Polytechnique de Paris.

sur le *cercle vicieux de la bureaucratie* réalisés par Merton[150] procèdent justement de la démonstration d'une « technologie invisible ». C'est pourquoi les antagonismes entre les différents corps professionnels et les différentes institutions sont nombreux, car chacun voit derrière l'action de l'autre une intention réelle et consciente, là où parfois il n'y a que effets engendrées par les instruments de gestion eux-mêmes. Le corps médical voit dans le corps administratif une intention de « nuire » à sa propre activité, là où ces derniers ne recherchent que la satisfaction de critères fixés de manière exogène. L'hypothèse machiavélique, voire cynique, semble ainsi beaucoup plus facile à admettre que l'hypothèse mécanique. Ceci explique que l'on fasse beaucoup plus facilement des procès d'intention aux individus qu'on ne s'interroge sur l'existence d'éventuels déterminants extérieurs auxquels ils sont confrontés, déterminants permettant de comprendre leur comportement.

« Les instruments de gestion et d'évaluation appliqués à chacune des parties de l'organisation sont spécialisés et partiels ; cette spécialisation répond à une division des rôles et il apparaît normal que chaque corps professionnel relève de critères différents et disposent d'instruments propres à leur fonction : ces instruments sont des moyens d'une division de la vigilance. Mais cette spécialisation des critères rend impossible une cohérence globale des choix. Il y a alors une contradiction entre les critères traditionnels de la bonne gestion fondés sur la croyance en une rationalité universelle posée a priori et la marche effective d'une organisation, régie par une juxtaposition de logiques locales engagées dans une incessante confrontation. La cohabitation de ces logiques antagonistes est facilitée par le flou sur l'information, l'excédent de moyens et l'opacité sur les pratiques, facteurs qui rendent d'ailleurs difficile l'analyse d'une organisation et remettent en cause la pertinence de certaines applications de l'information ou des rationalisations de la gestion suggérées face à la crise[151] ».

2.2. ACCREDITATION ET REFERENTIELS DE PROCEDURES

L'accréditation permet, selon des procédures et modalités qui diffèrent d'un pays à l'autre, de faire certifier par un organisme totalement ou partiellement indépendant, la capacité d'une structure à recevoir et/ou à traiter une certaine catégorie de clientèle. La France a choisi de créer pour cela un organisme professionnel « indépendant »[152] chargé de définir les critères et les standards d'accréditation, d'organiser les procédures d'accréditation, et de statuer sur la qualification elle-même par le biais des rapports d'accréditation.

Le premier enjeu de l'accréditation est de permettre d'établir une distinction entre les établissements qui répondent aux normes de qualité et de sécurité des soins définies et ceux qui n'y répondent pas. **Le deuxième enjeu** de l'accréditation, qui découle du

[150] Merton R.K., *Social Theory and Social Structure*, (trad. 1953 *Eléments de théorie et de méthode sociologique*), Plon, 1949, 514p.
[151] Berry M., 1983, op. cit. ; p. 43.
[152] L'ANAES n'est pas indépendante en ce qui concerne ses ressources.

premier, est l'enjeu du financement. À terme, la logique de l'accréditation devrait pousser les établissements non accrédités à disparaître faute de financement. **Le troisième enjeu** de l'accréditation est la mobilisation interne que celle-ci encourage. La démarche d'accréditation doit permettre de mobiliser les différents acteurs de l'hôpital autour de l'idée forte que l'ensemble de la chaîne des prestations liées aux soins doit être organisé en utilisant les techniques de l'assurance qualité.

L'accréditation revêt un caractère obligatoire : l'article 2 du titre II de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée prévoit qu'afin *« d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation. Cette procédure conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement à l'aide d'indicateurs, de critères ou de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement. »* L'ordonnance ajoute que *« la procédure d'accréditation est engagée à l'initiative de l'établissement de santé, notamment dans le cadre du contrat qui le lie à l'agence régionale d'hospitalisation (…). Dans un délai de 5 ans à compter de la publication de l'ordonnance, tous les établissements de santé devront être engagés dans cette procédure ».*

À la date du premier octobre 1996, la plupart des décrets et arrêtés d'application de l'ordonnance ne sont pas parus et ni l'ANAES ni les ARH ne sont opérationnelles. Au 12 octobre 2000, 201 établissements ont fait leur demande d'engagement dans la procédure dont 95 établissements publics, 66 établissements privés à but lucratifs et 40 établissements privés PSPH. Fin septembre 2000, 46 ont été effectuées et fin décembre 1975 étaient programmées[153]. A l'heure actuelle 10 synthèses de visites d'accréditation effectuées par les experts sont disponibles sur le site dont les versions intégrales sont normalement disponibles auprès des établissements concernés.

2.2.1. Les fondements de l'accréditation

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) est la structure désignée compétente pour mettre en œuvre la procédure d'accréditation prévue par l'ordonnance du 24 avril 1996. L'accréditation est une procédure externe à un établissement de soins, indépendante de celui-ci et de ses organismes de tutelle, effectuée par des professionnels, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Cette évaluation vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein de l'établissement. Tous les établissements de santé, publics et privés doivent s'engager dans cette démarche. L'accréditation s'adresse aux établissements dans leur ensemble et le cas échéant aux services et aux principales activités.

[153] ANAES, *L'accréditation des établissements de santé : où en est-on ?*, Communiqué disponible sur le site Internet de l'ANAES, consulté le 18 mai 2001, URL : http://www.anaes.fr.

L'accréditation concerne donc tous les établissements de santé publics et privés, et potentiellement les établissements de santé militaires. Elle concerne également les groupements de coopération sanitaire entre établissements de santé et les réseaux de soins. L'accréditation ne s'applique pas actuellement aux activités médico-sociales même lorsque celles-ci s'exercent au sein d'un établissement de santé. Cette procédure s'applique à l'établissement de santé au sens juridique du terme. Cela revient à dire que l'accréditation concerne simultanément l'ensemble des structures (services, départements) et des activités, en raison des interrelations existantes entre elles. Dans le cas d'un établissement de santé installé sur plusieurs sites, l'ANAES peut mettre en œuvre la procédure par site. Près de 4000 établissements sont concernés par l'accréditation et doivent par conséquent s'inscrire dans la démarche correspondante. L'accréditation s'inscrit dans une logique de progrès d'un établissement de santé. Elle accorde une place centrale au patient, à son parcours, à la coordination des soins qui lui sont apportés, à sa satisfaction.

Six objectifs principaux sont définis par l'ANAES

- L'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins, qui constituent une attente principale des patients vis-à-vis du système de santé.
- L'appréciation de la capacité de l'établissement à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient, grâce à la mise en œuvre d'un système reconnu de gestion de la qualité.
- La formulation de recommandations explicites.
- L'implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité, afin qu'ils acceptent et s'approprient les changements.
- La reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé.
- L'amélioration continue de la confiance du public.

La conclusion du contrat d'accréditation a pour effet la transmission à l'établissement de santé, par l'ANAES, de la version la plus récente des documents d'analyse permettant la mise en œuvre de la procédure d'accréditation.
Il s'agit notamment :

- Du manuel d'accréditation.
- Du guide *« Préparer et conduire votre démarche d'accréditation »*.
- Des instruments et grilles de recueil des appréciations de l'auto-évaluation (version papier puis fichier informatique).
- De supports pédagogiques, permettant la présentation de la démarche aux professionnels de l'établissement considéré.
- Le cas échéant, des documents complémentaires destinés à évaluer la procédure elle-même ou à en tester certaines modalités évolutives.

2.2.2. La procédure d'accréditation

La procédure d'accréditation comporte cinq phases que nous présentons dans les tableaux suivants.

Tableau 11 : Les étapes de la procédure et l'échéancier (source : manuel d'accréditation)

PHASE	Étapes	Actions	Responsabilités	Chronologie
Préparation et engagement		Analyse des conditions d'opportunité pour l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation (projet d'établissement, conformité réglementaire, culture, qualité...)	Direction et structures institutionnelles	Variable
		Éventuellement formalisation du projet d'établissement et du contrat d'objectifs, mise en conformité. Premières actions de communication et de formation interne. Le cas échéant, entraînement à l'autoévaluation	Direction, structures institutionnelles, responsable de la formation, professionnels, équipes volontaires	
		Décision formelle relative à la date à laquelle l'établissement s'engagera officiellement dans la procédure d'accréditation	Direction et structures institutionnelles	12-18 mois avant la visite
		Constitution, validation par les structures institutionnelles de l'établissement et envoi au directeur général de l'ANAES du dossier de demande d'engagement dans la procédure d'accréditation et du dossier de présentation de l'établissement	Représentant légal de l'établissement, structures institutionnelles	6-12 mois avant la visite
		Échanges entre l'établissement et l'ANAES concernant notamment les grandes lignes de l'organisation de l'autoévaluation, puis signature du contrat d'engagement dans la procédure d'accréditation. L'ANAES transmet à l'établissement les référentiels et l'ensemble des documents d'analyse pour l'autoévaluation.	Représentant légal de l'établissement, groupe de pilotage	Durée: 2 mois
Autoévaluation	1	Désignation d'un groupe de pilotage, définition de ses missions et responsabilités	Direction et structures institutionnelles	
	2	Constitution des équipes d'autoévaluation	Groupe de pilotage, validation par structures institutionnelles	
		Élaboration et mise en place d'un plan de formation des équipes	Direction, groupe de pilotage, responsable formation, intervenants à définir	
		Élaboration et mise en place d'un plan de communication interne à l'établissement pour la préparation à l'autoévaluation, à la visite et aux étapes ultérieures	Direction, groupe de pilotage	
	3	Début de l'autoévaluation : étude du référentiel, référence par référence ; identification des problèmes ; recherche des informations et des documents nécessaires	Équipes d'autoévaluation, encadrement éventuel par le groupe de pilotage	Durée : 3 à 6 mois
	4	Rédaction des commentaires pour chaque référence		
	5	Détermination du niveau de conformité pour chaque référence à l'aide de l'échelle d'appréciation		
	6	Synthèse du travail des équipes d'autoévaluation pour l'établissement	Groupe de pilotage, validation par structures institutionnelles	
	7	Version finale des documents d'autoévaluation : note méthodologique, synthèse des commentaires par référence, niveau global de conformité par référence, synthèse par référentiel et indicateurs de suivi proposé.		
	8	Communication éventuelle de la version finale des documents d'autoévaluation avant envoi à l'ANAES	Direction et structures institutionnelles	
		Élaboration d'une proposition de planification de la visite	Direction, groupe de pilotage	
		Envoi de la version finale des documents d'autoévaluation et de la proposition de planification de la visite ANAES	Représentant légal de l'établissement	6 semaines avant la visite

Préparation de la visite	Échanges entre l'établissement de santé et l'ANAES concernant la préparation de la visite; conférence" téléphonique avec l'expert-visiteur coordonnateur. Élaboration du programme détaillé de la visite. Choix des secteurs d'activité devant faire l'objet de rencontres spécifiques avec les experts visiteurs	Direction, groupe de pilotage	1 mois avant la visite
	Communication interne et formation spécifiques à la préparation de la visite	Direction, groupe de pilotage, responsable formation, intervenants à définir	30-15 jours avant la visite
	Préparation de la visite: préparation des présentations des équipes d'autoévaluation, préparation des documents mis à disposition des experts visiteurs, mises en situation	Groupe de pilotage, équipes d'autoévaluation, professionnels de terrain	dernière quinzaine avant la visite
Visite	Visite d'accréditation	Les professionnels de l'établissement et les experts-visiteurs se rencontrent et discutent	
Conclusion et suivi	Bilan de la visite : synthèse des notes d'entretien, analyse critique des difficultés éventuellement rencontrées, remerciements à tous les participants	Direction, groupe de pilotage, équipes d'autoévaluation, professionnels	Première quinzaine après la visite
	Réception du rapport des experts	Représentant légal de l'établissement	1-2 mois après la visite
	Analyse du rapport des experts, rédaction des observations de l'établissement et transmission à l'ANAES	Représentant légal de l'établissement, groupe de pilotage, équipes d'autoévaluation au besoin	Au plus tard 1 mois après réception du rapport des experts
	Réception du rapport d'accréditation validé par le Collège de l'accréditation	Représentant légal de l'établissement	3-4 mois après la visite
	Analyse du rapport d'accréditation (et recours éventuel)	Représentant légal de l'établissement, structures institutionnelles, groupe de pilotage, équipes d'autoévaluation au besoin	En cas de recours : au plus tard 1 mois après la réception du rapport
	Diffusion du rapport d'accréditation	Représentant légal de l'établissement	A réception en l'absence de recours
	Élaboration d'un plan de suivi en fonction des actions d'amélioration identifiées lors de l'autoévaluation et des recommandations formulées par le Collège d'Accréditation	Structures institutionnelles, groupe de pilotage	Après réception du rapport d'accréditation
	Décision concernant la communication externe de l'établissement et la diffusion du compte rendu d'accréditation	Direction et structures institutionnelles	
	Suivi des recommandations formulées par le Collège d'Accréditation	Structures institutionnelles, groupe de projet d'amélioration de la qualité	En fonction de modalités prévues dans le rapport
	Engagement de l'établissement dans une nouvelle procédure d'accréditation.	Direction et structures institutionnelles	En fonction des délais prévus dans le rapport

Le délai entre le moment où l'établissement fait sa demande d'engagement dans la procédure et le moment de la visite d'accréditation est de 12 à 18 mois selon l'échéancier indicatif donné ci-dessus. Il s'avère qu'à l'heure actuelle l'ANAES voit ces délais fortement allongés du fait des ressources limitées pour mettre en œuvre la procédure. En effet, celle-ci exige la disponibilité de personnes qualifiées pour constituer les experts visiteurs, par conséquent une formation appropriée est indispensable. En octobre 2000,

afin de maintenir l'équilibre de représentation des établissements de santé et des différentes catégories de professionnels au sein des équipes d'experts-visiteurs, un nouvel appel à candidature a été lancé pour la sélection de professionnels médecins, paramédicaux et personnels administratifs exerçant en établissements de santé privés à caractère commercial et non commercial et en établissements en secteur d'activité de santé mentale et en hôpitaux locaux.

Les deux temps forts de la procédure sont l'auto-évaluation et le rapport d'accréditation en lui-même. La phase d'auto-évaluation a pour objectif de faire réaliser à l'établissement de santé un *diagnostic qualité interne et à guider sa politique d'amélioration continue de la qualité*[154]. L'effet implicitement attendu de l'auto-évaluation est l'induction, pour la première fois dans certains établissements, d'une démarche de réflexion commune autour des concepts de qualité et de sécurité, ainsi que des échanges entre les différents corps de métiers qui composent l'hôpital. Le rapport a pour objectif de diffuser à l'ensemble des acteurs du secteur et notamment aux patients les résultats de la démarche.

2.2.3. Les conditions de pertinence de l'accréditation

Nous présentons dans cette section, quelques exemples de thèmes figurant dans le manuel d'accréditation[155] avec les référentiels et les critères associés.

[154] ANAES, *Supports pédagogiques à l'intention des établissements de santé*, décembre 1999, 95p.
[155] ANAES, *Manuel d'accréditation*, 1999, op. cit.

Tableau 12 : Le patient et sa prise en charge dans le manuel d'accréditation

Thèmes	Référentiel	Critères
Le patient et sa prise en charge		
Droit et information du patient	Le consentement du patient et/ou de son entourage est requis pour toute pratique le concernant	Le consentement éclairé du patient est requis pour tout acte médical (excepté si son état rend nécessaire un acte auquel il n'est pas à même de consentir). Le patient est informé des bénéfices et des risques des actes envisagés. Les représentants légaux de l'incapable majeur donnent leur avis selon une procédure en place dans l'établissement
	Le respect de l'intimité et de la dignité du patient ainsi que sa liberté sont préservés tout au long de son séjour ou de sa consultation	Le patient est examiné et peut obtenir les réponses aux questions qu'il pose dans des conditions d'intimité adaptées à un colloque singulier. L'intimité du patient est respectée lors de sa toilette, des soins... Le consentement du patient est recueilli pour les visites avec des étudiants. Les croyances du patient sont respectées. Le patient est informé qu'il peut faire appel au ministre du culte de son choix
	L'établissement évalue le respect des droits des patients	mise en place d'une politique d'amélioration du respect des droits des patients
Dossier du patient	L'établissement définit et met en œuvre une politique du dossier du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité	pour chaque patient, un recueil d'informations permet d'assurer la continuité des soins. une politique vise à assurer la protection de la confidentialité des dossier et informations concernant le patient, notamment lors de la circulation des informations nominatives liées aux nécessités diagnostiques et thérapeutiques. L'ES s'organise pour assurer le droit d'accès du patient à son dossier par l'intermédiaire d'un praticien qu'il choisit librement
	Les informations contenues dans le dossier patient sont soumises au respect des règles de confidentialité	les professionnels sont sensibilisés à la confidentialité. Si son dossier est informatisé, le patient est informé de cette informatisation et de son droit d'accès et de rectification. l'élimination des pièces des dossiers se fait selon des conditions garantissant la confidentialité
Organisation de la prise en charge	L'établissement définit une politique visant à assurer l'organisation de la prise en charge des patients	Le projet médical et le projet de soins, élaborés avec les professionnels, définissent les modalités d'organisation de la prise en charge des patients. L'établissement définit une politique hôtelière
	L'accès à l'établissement et à ses différents secteurs d'activité est organisé, facilité et fait l'objet d'une information claire	Le public et les professionnels de santé extérieurs sont informés des activités de l'établissement
	L'établissement met en œuvre une politique d'accueil du patient et de son entourage	Une permanence de l'accueil est assurée. L'accueil administratif est approprié pour une prise en charge rapide et fiable du patient.

Le thème droit et information a pour objet de remettre le droit du patient au cœur de l'organisation hospitalière : le respect de l'intimité et l'évaluation du respect de ces droits. Le thème sur le dossier patient a pour objet de promouvoir la continuité des soins. L'organisation de la prise en charge fait référence aux conditions d'accessibilité.

Tableau 13 : Le management et la gestion au service du patient

Thèmes	Référentiel	Critères
Management et gestion au service du patient		
Management de l'établissement et des secteurs d'activité	L'établissement dispose d'un projet d'établissement ou d'orientations stratégiques	Le projet d'établissement ou les orientations stratégiques de l'établissement comportent des objectifs hiérarchisés et réalisables, servant de base à la planification des actions, à leur mise en œuvre et à leur évaluation. L'établissement s'organise pour associer les instances, les secteurs d'activité et les professionnels à l'élaboration du projet.
	L'établissement met en œuvre une politique de communication	L'établissement a une politique de communication interne et externe. Les orientations du projet sont portées à la connaissance des professionnels et du public.
	L'établissements a des outils de pilotage de sa gestion permettant l'implication des secteurs d'activité	Aucun critère spécifié pour ce référentiel.
	La place et le rôle des professionnels sont identifiés. Les responsables des secteurs d'activité indiquent les objectifs à atteindre et participent activement aux activités d'amélioration de la qualité.	Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de la mesure, de l'évaluation et de l'amélioration de l'ensemble des activités, et en particulier du bon déroulement des démarches d'amélioration continue de la qualité.
Gestion des systèmes d'information	Une politique des systèmes d'information est définie et mise en œuvre	Le système d'information et l'informatisation de l'établissement sont fondés sur un schéma directeur, cohérent avec le PE et élaboré de manière participative. Le système d'information couvre l'ensemble des activités de l'établissement et favorise une approche et une utilisation coordonnées et efficaces de l'information, notamment pour la politique d'évaluation.
	Le système d'information répond aux besoins des professionnels utilisateurs et fait l'objet d'une politique d'amélioration continue de la qualité.	Une procédure régulière visant à recueillir des informations sur les besoins, l'avis et la satisfaction des professionnels utilisateurs est en place. Les dysfonctionnements du SI sont recensés, analysés et traités. Un plan d'amélioration de la qualité du système d'information, aux priorités hiérarchisées et auquel participent les professionnels utilisateurs est en place.

Les grands principes de management sont posés : définition d'orientations stratégiques et communication de ces orientations à l'ensemble des professionnels. La place et le rôle des professionnels sont identifiés (ce qui aujourd'hui fait cruellement défaut selon les professionnels, selon lesquels l'ambiguïté est volontairement entretenue). L'établissement doit disposer d'outils de pilotage et gérer les systèmes d'information.

Tableau 14 : La qualité et la prévention dans le manuel d'accréditation

Thèmes	Référentiel	Critères
Qualité et prévention		
Gestion de la qualité et prévention des risques	L'établissement initie, pilote et soutient une politique qualité s'appuyant sur la gestion de la qualité et la prévention des risques.	La politique qualité est définie par la direction en concertation avec la CME, la DSSI ou le responsable du service des soins infirmiers, le CTE, ou la structure équivalente et le personnel. La politique qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps, traduits dans le programme de gestion de la qualité et de prévention des risques. Les responsabilités concernant la gestion de la qualité et la prévention des risques sont identifiées. La formation des professionnels de l'établissement et l'assistance méthodologique sont assurées.
	Un programme de prévention des risques est en place	Les informations disponibles relatives aux risques et aux évènements indésirables sont rassemblées. Un système de signalement des évènements indésirables est en place. Les secteurs pratiques, actes, ou processus à risque sont identifiés et font l'objet d'actions prioritaires dans le programme de prévention des risques.

La gestion de la qualité et des risques est au cœur de l'accréditation. Il est spécifié que la politique qualité doit être définie par concertation, avec une identification des objectifs et une mise en place d'indicateurs d'évaluation.

Schématiquement, le débat actuel autour de l'accréditation confronte d'un côté les détracteurs (nombreux parmi les professionnels de santé) de la procédure et de l'autre les défenseurs (institutionnels et professionnels, parties prenantes à la rédaction du manuel). Il semble qu'il y ait une sorte de consensus des professionnels pour décrier la procédure d'accréditation. Pourtant, la lecture du manuel d'accréditation ne peut que montrer l'intérêt des principes de prise en charge qui y sont énumérés. Des éléments de base tels que le respect de l'intimité, la nécessaire concertation paraissent évident, mais ne sont pourtant pas les principes réels de la prise en charge dans de nombreux hôpitaux, chose que les professionnels se refusent parfois à reconnaître car individuellement, ils répondent tous à ces principes. Le problème réside dans le collectif qui engendre un non-respect de ces principes. Le manuel d'accréditation est selon nous une étape dans l'amélioration des performances hospitalières par le recueil que celui-ci fait des grands principes « logiques » de la prise en charge.

Ce ne sont pas les principes du manuel qui posent problèmes, mais l'organisation de la procédure d'accréditation dans son ensemble. Ceci nous renvoie à deux questions : comment obtenir la qualité ? et quel rôle pour l'évaluation et l'accréditation ?

Nous retenons trois leviers principaux de la qualité[156]

- **Les normes** : les normes sont indispensables car il y a, dans le domaine de la sécurité en particulier, des règles minimales ou des conditions minimales qui doivent être absolument satisfaites. Cependant les normes présentent deux limites importantes : une première limite tient au champ d'application des normes. On peut fixer des normes sur les produits, sur les appareils mais pas sur les gestes médicaux et soignants. La deuxième limite réside dans la durée de validité de la norme. Le savoir médical est un savoir extrêmement évolutif et les normes doivent pouvoir suivre cette évolution. Or, *« à partir du moment où l'on transforme un point de repère en norme, on le statufie »*. Et il est très difficile de dénoncer une norme. Nous renvoyons ici aux travaux de Merton sur les cercles vicieux de la bureaucratie. Les normes une fois édictées échappent aux individus car personne n'a la légitimité pour les abroger. Par conséquent, une norme *« n'a durablement de l'efficacité que si parallèlement, il y a chez les exploitants, c'est-à-dire ceux qui sont enfermés dans la norme, les moyens d'évoluer »*.

- **Les référentiels de procédures** : l'idée principale qui sous-tend l'accréditation est celle des référentiels de procédure. Les référentiels de procédure présentent deux avantages. Le premier avantage est de proposer une lecture *organisationnelle* de l'activité hospitalière et non plus une activité fondée sur des pratiques individuelles. *« Les référentiels de procédures partent d'une bonne et forte idée : l'hôpital est une organisation et même une organisation compliquée ; ce qui est fondamental, c'est*

[156] Rémy P.-L., « Quel apport pour la santé des français ? », *Actes du Colloque l'Accréditation en France : quel concept pour quelle réalité ?*, Université Lyon III, novembre 1997.

l'agencement des tâches, la façon dont les différentes interventions sont articulées ». Le deuxième avantage qui est le corollaire du premier est que « les référentiels de procédures permettent de structurer l'organisation ». Cependant, les référentiels de procédure présentent certaines limites selon l'utilisation qui en faite. En effet, si ces références sont utilisées pour un contrôle externe, les acteurs vont alors chercher à y répondre formellement sans pour autant les appliquer réellement. Ceci renvoie alors au troisième levier de la qualité.

• **Les compétences individuelles, collectives et organisationnelles** : l'un des enjeux des organisations hospitalières est de savoir comment partager les compétences et l'hôpital, qui est fortement cloisonné, a beaucoup à faire sur le champ des compétences partagées.

La combinaison de ces trois leviers permet d'améliorer la qualité mais sous certaines conditions d'utilisation. Ceci nous amène alors à nous poser la question du rôle de l'accréditation et de l'ANAES dans leur articulation.

• **Un rôle de mise à plat des pratiques** : clarification de l'activité hospitalière depuis l'évaluation des pratiques cliniques individuelles jusqu'à l'évaluation des pratiques organisationnelles. Le premier rôle important de l'ANAES est d'observer ce que font les professionnels et déterminer quelles sont les normes vitales en médecine, les normes vitales en droit.

• **Un rôle de contrôle externe** : l'accréditation s'inscrit dans une démarche de contrôle et de sanction des établissements. Mais P.-L. Rémy rappelle que la difficulté réside alors dans l'opposition entre l'objectif et le subjectif. *« L'objectif est-il le suivi méticuleux des référentiels de l'ANAES ? De toute façon, l'objectivité renvoie à une norme, laquelle renvoie aux limites de la norme »*. L'outil n'a pas les mêmes effets selon s'il est utilisé pour le contrôle externe ou pour l'amélioration interne de la qualité. Ce qui nous amène au troisième rôle de l'ANAES.

• **Un rôle de pression pour insuffler une dynamique** : *« si elles (les saisies de données) devaient servir prioritairement au contrôle, je ne dis pas que ce processus n'aurait aucune influence sur les démarches d'affectation globale des ressources (…), mais elles ne serviraient pas à l'amélioration parce qu'elles seraient construites par rapport aux critères d'évaluation des contrôleurs et non par rapport aux critères de fonctionnement des praticiens »*. L'enjeu pour l'ANAES est de parvenir à insuffler une dynamique d'amélioration interne. Et c'est par la centralisation des informations sur les pratiques, par les réflexions menées dans ce cadre-là, par la définition de conditions nécessaires, par le dialogue et l'échange instaurés, que l'ANAES pourra sensibiliser les acteurs aux démarches d'amélioration de la qualité des soins.

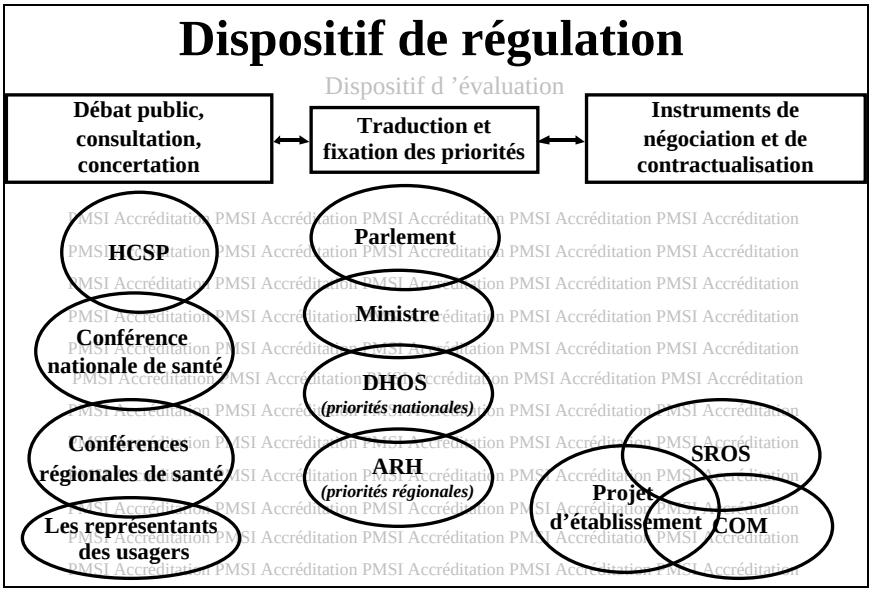
L'accréditation doit fournir un cadre d'analyse et s'assurer du respect du minimum en termes de sécurité et de transmission de l'information. L'évaluation de la qualité à proprement parler ne peut relever que de l'action interne. La qualité des soins va au-delà des recommandations de l'ANAES et reste *in fine* liée à la volonté et à l'implication du personnel. L'application *stricto sensu* des recommandations de l'ANAES ne garantit pas

un service de qualité. Laisser penser que l'accréditation garantit la qualité comporte le risque de voir les acteurs se cantonner aux recommandations sans aller au-delà.

SYNTHESE CHAPITRE II

Le dispositif de régulation mis en place pendant les années 1990 peut être représenté par le schéma ci-dessous.

Figure 5 : Le dispositif de régulation hospitalière



Le dispositif se compose de trois phases itératives. La première constitue le mécanisme de débat public qui repose sur la consultation et la concertation des représentants des usagers au Haut Comité de la Santé Publique, en passant par les conférences de santé. La deuxième phase correspond à la traduction en priorités nationales par le ministère et le parlement des conclusions émergentes du processus de concertation et de consultation. Puis il revient à la Direction de l'Hospitalisation et des Organisations de Santé de mettre en forme les priorités nationales, la mise en œuvre relevant des ARH qui constituent le niveau régional du dispositif. Enfin dans une troisième phase, trois instruments de négociation et de contractualisation sont mis en place : le SROS, le projet d'établissement et le COM.

Les mécanismes de régulation sont très poussés, mais leur mise en œuvre ne répond pas à leur logique de construction. Ce ne sont pas les instruments qui sont mauvais, mais l'utilisation qui en est faite. Et parce que les outils sont mal connus et mal utilisés, on arrive à des contradictions dans le système. Ainsi, au lieu de parvenir à une vision commune de la performance de l'offre de soins hospitalière, les nouvelles formes de régulation provoquent un éclatement de la vision de la performance, car celles-ci

contraignent les acteurs plus fortement sans initier véritablement de réflexion sur les fondements de la performance. Ainsi chacun réagit en cherchant à conforter un peu plus sa propre vision de son environnement et non en remettant en cause celle-ci.

Chapitre III

Des réponses divergentes de la part des acteurs

Les pouvoirs publics répondent à la recherche d'amélioration de la performance hospitalière par une régulation étatique accrue et un renforcement des contraintes visant à créer des lieux de rencontres et de négociations entre les acteurs. Mais les instruments mis en place ne permettent pas d'obtenir une vision partagée de la performance hospitalière.

Deux types de limites caractérisent les instruments : les limites afférentes à leurs caractéristiques intrinsèques, c'est-à-dire à leur méthode de construction ; et les limites afférentes à l'utilisation qui en est faite et à l'ambiguïté maintenue sur cette utilisation. Les limites intrinsèques des instruments d'évaluation mis en place sont à l'heure actuelle connues et décrites par les concepteurs eux-mêmes des instruments. Ainsi, le calcul des coûts des GHM se trouve-t-il confronté aux limites inhérentes à toute méthode de calcul de coûts complets qui repose sur la définition de clefs conventionnelles de répartition des charges indirectes et qui génère une pluralité de résultats possibles. De même, les démarches d'accréditation se trouvent-elles confrontées aux limites inhérentes à la définition de référentiels de procédures, limites étudiées dans le cadre des normes ISO qui constituent une démarche analogue. Certes les caractéristiques intrinsèques des instruments conditionnent leur pertinence, mais plus que dans celles-ci, ce sont dans les modalités d'utilisation des instruments que résident leur plus grande limite à l'heure actuelle. Ce ne sont pas les instruments qui sont à remettre en cause mais la manière dont ils sont mis en œuvre, appréhendés et utilisés dans le système hospitalier.

Les modalités d'utilisation des instruments repose sur les référentiels de performance. Si l'on se situe dans une démarche d'amélioration continue de la performance avec des fondements communs à l'ensemble des acteurs, alors les instruments peuvent prendre tout leur rôle d'outils d'aide au pilotage des organisations. Mais dans le système hospitalier, chacune des parties prenantes mobilise les outils dans une vision éclatée de la performance hospitalière, ce qui accentue encore cette vision partagée. Cette utilisation des outils dans une vision éclatée de la performance entrave l'inscription des actions locales dans les objectifs globaux, freine la prise en charge globale et singulière du patient et défavorise la mise en réseau des établissements.
Les médias participent à cette vision éclatée de la performance en ne retenant comme critère de classement que des données quantitatives qui ne prennent pas en compte la qualité (le nombre d'actes réalisés étant posé comme un critère absolu de performance alors qu'aucune étude n'a prouvé l'existence de masse critique dans les disciplines médicales). De même l'attractivité des établissements est analysée indépendamment de la situation géographique des établissements et de leur appartenance au niveau le plus faible

d'équipement ou au niveau le plus fort d'équipement. Les palmarès d'hôpitaux qu'ils présentent utilisent de surcroît des critères, pour classer les établissements de santé entre eux, qui ne vont pas dans le même sens que les orientations des SROS de deuxième génération. Par ailleurs, les modalités d'évaluation économique et productive de l'activité hospitalière conduisent les établissements à ne pas consacrer du temps pour l'identification des besoins spécifiques des patients en termes de prise en charge psychologique et sociale. Enfin, les modalités distinctes de financement entre les établissements publics et privés ajoutées à la concurrence « budgétaire » accrue entre établissements publics et constituent un obstacle important au développement de coopérations.

Ainsi, en l'absence de vision partagée de la performance, les instruments prennent les acteurs au piège de la représentation simplifiée de leur activité que ceux-ci procurent. Il en résulte que les acteurs privilégient les dimensions de performance recherchées par les instruments sans s'interroger sur les fondements de leur mise en œuvre.

Dans ce chapitre, nous présentons deux illustrations de la divergence des réponses des acteurs à la quête de performance, divergences résultant de la mauvaise mobilisation des instruments de gestion. La première section relate les modalités d'utilisation par la presse des instruments d'évaluation de l'offre de soins ; utilisations qui conduisent à des interprétations antinomiques avec les orientations définies par les pouvoirs publics. La deuxième section expose les modalités de financement des secteurs publics et privés ; les instruments de régulation des dépenses hospitalières, que constituent la dotation globale et l'objectif quantifié national, sont antinomiques avec la volonté d'intégration des offres de soins privées et publiques : l'introduction en bourse de la Compagnie Générale de Santé, ex-filiale de la Compagnie des Eaux et actuel plus grand groupe hospitalier privé de l'hexagone[157], ainsi que la volonté affichée de certaines compagnies d'assurance de développer des alternatives à la Sécurité Sociale sont autant de signaux qui traduisent les divergences d'orientation entre les secteurs publics et privés, et ce avec un secteur privé qui se « privatise » de plus en plus.

Ce chapitre est composé de deux sections :
Section 1 – La réponse des médias à la recherche de performance
Section 2 – Un clivage public/privé accentué par les modalités de financement

[157] Tricornot (de) A., « Pour la première fois en France, des cliniques entrent en bourse », *Le Monde*, 29 mai 2001.

1. LA REPONSE DES MEDIAS A LA RECHERCHE DE PERFORMANCE

Les nouvelles formes de régulation mises en place visent, entre autres choses, à instaurer plus de concertation et de débat public dans les processus de définition des objectifs de l'organisation hospitalière, que ce soit au niveau national, régional ou local. Cette orientation est confortée par le projet de loi relatif aux droits du malade et à la qualité du système de santé présenté en septembre 2001[158] qui s'inscrit « *dans le cadre de la politique suivie par le gouvernement visant à démocratiser le fonctionnement du système de santé et à améliorer sa qualité* ». Cette démocratie sanitaire repose en premier lieu sur l'information à disposition de la population pour se construire ses référentiels et critères de performance de l'activité hospitalière.

En publiant un classement des hôpitaux en 1997 et 1998, *Sciences et Avenir* s'est livré à un exercice de transparence tout à fait inédit en France. L'énorme intérêt que ce classement a suscité a mis en lumière l'attente trop longtemps insatisfaite des usagers du système de soins. Dans l'urgence, les professionnels de santé ont le plus souvent réagi avec vigueur, et les arguments contradictoires ont fusé de toutes parts.

Ce classement, quelle que puisse être sa validité, constitue une démarche similaire aux démarches d'accréditation des établissements, démarche qui influe fortement sur les représentations que peut avoir la population sur les performances hospitalières. Trois questions se posent concernant cette *accréditation médiatique* : quels sont les fondements d'un tel classement ? quelle est la validité d'un tel classement, quelles en sont les limites ? Et enfin, quelles sont les convergences et divergences d'un tel classement avec les orientations définies par les pouvoirs publics pour améliorer la performance hospitalière ?

1.1. MONTEE DU CONSUMERISME ET RECHERCHE DE TRANSPARENCE

En septembre 2000, les protagonistes du classement des hôpitaux (hôpitaux publics et PSPH) de *Sciences et Avenir* publient, cette fois dans *Le Figaro Magazine*, un nouveau classement des établissements de soins. Avec 560 hôpitaux publics évalués, ce palmarès est le plus complet des palmarès réalisés. En octobre 2000, le palmarès des établissements privés complète le palmarès des établissements publics. La totalité des cliniques a été évaluée, soit 800 établissements privés.

[158] Projet de loi n° 3258 relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, enregistré à la présidence de l'assemblée nationale le 5 septembre 2001.

Un besoin de transparence

En 1999, le magazine *Sciences et Avenir* publiait les premières données issues du PMSI. Pour la première fois, cet outil est exploité dans le but d'informer la population sur l'offre de soins hospitalière. Cette exploitation produit alors le premier palmarès des hôpitaux français. *« À nos lecteurs, nous avons voulu livrer l'information la plus urgente : demain, des dizaines de milliers d'entre eux ou de leurs proches doivent en effet subir une intervention chirurgicale. Si, sur la majorité des opérations, le risque de mourir est faible, sur certaines, couramment pratiquées, il est élevé, mais surtout c'est le résultat de notre enquête, il peut varier dans des proportions allant de un à vingt suivant l'établissement choisi »*[159]. L'objectif affiché est alors de promouvoir la transparence des pratiques hospitalières. La transparence est effectivement au cœur du débat public. Sans transparence, pas de débat public. La transparence doit permettre de :

• Remettre le droit au centre de l'activité hospitalière.
• Informer les citoyens sur les disparités de prises en charge.
• Rendre les citoyens actifs face à leur maladie.
• Développer les attentes et revendications des patients.
• Amorcer le débat public.

« Le bilan est loin d'être catastrophique, mais questionne sèchement les médecins, ainsi que l'État, les élus et les autorités sanitaires qui gèrent le système hospitalier français (…). Leur capacité à fermer les yeux sur de dangereuses inégalités en matière de soins n'a jamais été aussi bien démontrée qu'aujourd'hui. Alors qu'elles disposent d'une base de données puissante, capable de révéler un bon ou un médiocre service dans n'importe quelle région de l'hexagone, les autorités sanitaires ont préféré ne pas l'exploiter et cacher la vérité aux Français : une médecine à plusieurs vitesses, concrétisée par des hôpitaux peu performants qui en côtoient d'excellents, a remplacé la sacro-sainte égalité des soins »[160]

Pour établir le classement, le dernier classement du Figaro s'est appuyé sur les informations émanant des services de l'État et sur son propre questionnaire. Les données PMSI ont été complétées par la consultation d'experts et de responsables régionaux, ainsi que par la consultation des informations accessibles sur l'Internet et notamment les décrets de sécurité pour vérifier la conformité de l'activité hospitalière aux règlements. A ce titre, le numéro spécial sur les urgences est intéressant car il montre le fossé qui existe entre le droit concernant les gardes et les astreintes, la nécessaire présence d'un praticien « thésé » et les pratiques dans de nombreux établissements.

Sept critères de classement sont retenus :

• **L'activité** : pour chaque spécialité retenue ou pour chaque acte médical ou chirurgical sélectionné a été comptabilisé le nombre d'actes réalisés dans l'année. Ce critère repose sur la notion de masse critique et de « learning by doing ». Plus on fait un acte, mieux

[159] Houdard P., Malye F., Vincent J., « Le palmarès des hôpitaux français » *Sciences et Avenir,* n° 619, septembre 1998, pp. 32-69 ; p. 32.
[160] Houdard P., Malye F., Vincent J., 1998, op. cit. ; p. 32.

on le fait. Ceci est indéniable globalement, mais la question qui se pose est la détermination d'un seuil critique.

- **La notoriété** : l'attractivité d'un hôpital est utilisée comme indicateur de notoriété. L'attractivité a été mesurée en calculant le pourcentage de malades habitant dans un autre secteur sanitaire que le secteur sanitaire du lieu de son hospitalisation. Ceci pose le problème des hôpitaux « frontaliers » de plusieurs départements.
- **L'ambulatoire** : l'ambulatoire correspond à des prises en charge d'une journée, avec des interventions chirurgicales moins invasives que la chirurgie traditionnelle (moins douloureuses pour le patient), dont les suites sont moins longues. Par conséquent, le développement de techniques ambulatoires peut constituer une sorte d'indicateur de traumatisme pour le patient.
- **La technicité** : cet indicateur correspond au pourcentage d'actes complexes par rapport aux actes simples. Cet indicateur est selon nous proche du précédent car il cherche à évaluer la modernité des techniques utilisées (la modernité est associée à la diminution du traumatisme associé à l'intervention elle-même).
- **La spécialisation** : la spécialisation est proche du critère de masse critique. Plus un établissement est spécialisé sur une discipline plus on considère qu'il est compétent sur cette discipline.
- **La durée de séjour** : une durée de séjour brève témoigne d'une bonne organisation des services (toutes choses égales par ailleurs).
- **La mortalité** : le taux de mortalité a été corrigé uniquement de l'âge du patient. Or les pathologies des bassins de populations sont très différentes selon les régions par conséquent, la seule correction de l'âge des patients est insuffisante pour rendre valide ce critère de performance.

Pour établir le rang final et obtenir une note globale sur vingt, une moyenne pondérée des critères a été effectuée.

1.2. CONTROVERSES SUR LA PERTINENCE DE TELS PALMARES

Les palmarès réalisés par *Sciences et Avenir* et *Le Figaro Magazine* ont fait naître de nombreuses controverses sur de telles communications concernant l'activité hospitalière. *« Il nous aura fallu vaincre l'obstruction d'une partie du monde hospitalier, insensible au fait que ce devoir d'information soit largement plébiscité par le public »*[161]. Le délégué général de la fédération hospitalière de France, afin de mieux contrôler le questionnaire envoyé chaque année par le *Figaro Magazine* à l'ensemble des établissements, a déclaré qu'*« afin d'éviter la multiplication des questionnaires en provenance des médias et de limiter la charge de travail des établissements, la fédération hospitalière de France a élaboré son propre questionnaire pour répondre au légitime souci de transparence et d'information à l'égard des journalistes et des citoyens ». « Drôle de transparence qui consiste à poser les questions à la place des journalistes en écartant les plus gênantes*

[161] Houdard P., Malye F., Vincent J., « Le palmarès des 500 hôpitaux de France », *Le Figaro Magazine*, dossier spécial, 7 octobre 2000.

comme celles portant par exemple sur les infections nosocomiales. Résultat de cette opération, la transparence a considérablement régressé ». Le secteur des cliniques privées quant à lui, a joué la carte de la stratégie médiatique en se pliant aux souhaits des journalistes du Figaro, qui n'ont pas manqué de le souligner : *« les cliniques se sont en effet pliées de bonne grâce à l'exercice en répondant au seul questionnaire envoyé par le Figaro Magazine, rejoignant ainsi la position de leurs syndicats qui estimaient ce document intéressant et ayant l'avantage de sensibiliser le grand public sur la démarche qualité dans le milieu hospitalier ».*

Le débat repose sur deux types d'argumentaires :
- Ceux qui sont favorables arguent du besoin de transparence.
- Ceux qui ne sont pas favorables arguent de l'impossibilité méthodologique de réaliser un tel classement.

Une réelle impossibilité méthodologique est invoquée pour trois raisons :
Les limites des outils statistiques : une étude réalisée sur les techniques statistiques utilisées pour établir le classement des hôpitaux montre que d'une part, en changeant l'échantillon *randomisé* (tiré au sort) de patients, on fait considérablement varier le classement des établissements entre eux. Cette étude montre d'autre part que d'une année sur l'autre le classement est aussi très fluctuant. *« Figure 1 shows that Mulhouse hospitals which ranks 16th (26th in the Magazine) might have been ranked third or 29th a year earlier or later by pure chance. We also see that a few hospitals may be singled out as being less or more efficient than only other because the credible intervals are too wide in general, despite the substantial number of cases per centre »* [162] [163].

Les limites de la codification des données : un autre type d'argument avancé contre de tels classements est le fait que certaines informations clefs ne sont pas accessibles sous une forme informatisée en routine et qu'il faut aller les chercher dans le dossier patient. *« Dossier médical : cette précision dans le recueil est absolument nécessaire. En effet, certaines données sont plus critiques que d'autres et vont faire en sorte que l'indicateur calculé tiendra réellement compte de la gravité des cas. Trois d'entre elles (le degré de sténose de l'artère inter ventriculaire antérieure, la valeur de la fraction d'éjection systolique du ventricule gauche, le contexte plus ou moins urgent de l'intervention) se sont avérés avoir une influence déterminante. Or, il se trouve que ces trois données n'étaient pas accessibles sous une forme informatisée en routine. Il a fallu là avoir recours au dossier patient »*[164]

[162] La figure 1 montre que l'hôpital de Mulhouse classé 16è (26è par le magazine) aurait été classé 29è une année plus tôt ou plus tard, par pur hasard. Nous constatons aussi que certains hôpitaux sont pointés comme plus ou moins efficients que les autres uniquement parce que l'intervalle de confiance est trop grand, et ceci en dépit d'un nombre important de cas par établissement.
[163] Ecochard R., Gevigney (de) G., Colin C., « Fair comparison of mortality data following cardiac surgery », *Heart*, n° 84, 2000, pp. 5-6.
[164] Naiditch M., « La réussite d'un projet d'évaluation requiert la confiance des évalués, l'exemple de la chirurgie cardiaque New-Yorkaise », *La Recherche*, n° 324, octobre 1999, pp. 66-69.

Les limites dues à l'incomplétude et aux manipulations possibles de l'information : les données incluses changent d'une année sur l'autre. Ce changement de périmètre d'étude limite les possibilités de comparaison d'une année sur l'autre et d'appréciation de la dynamique des établissements. Par exemple, pour figurer dans l'ancien classement du Figaro, c'est la prise en charge des varices qui comptaient. Dans le dernier classement du Figaro, ce sont les actes artériels qui comptent. En effet, l'activité médicale est très complexe et par conséquent l'information aisément manipulable. L'élaboration de tels palmarès ne peut pas prendre en compte toutes les données de toutes les activités réalisées, par conséquent un choix est réalisé. Or ces choix ne sont pas neutres, surtout lorsqu'on pense que justement la population n'est pas informée de cette complexité-là.

Face à ces classements d'établissements qui sortent aujourd'hui dans les magazines avec une fréquence de plus en plus élevée, les tenants de la presse et les tenants de la médecine scientifique s'affrontent, mobilisant chacun un ensemble d'arguments. Les premiers prétextent, à juste titre, de la nécessité d'informer le public sur la boîte noire qu'est l'hôpital. Les seconds invoquent, à juste titre aussi, la complexité de leur discipline pour en refuser toute évaluation par des profanes. L'absence de vision partagée de la performance entre ces deux catégories d'acteurs se fait alors fortement sentir.

1.3. SROS ET MEDIAS : DES REFERENTIELS D'APPRECIATION DE LA PERFORMANCE DIVERGENTS

L'ordonnance du 24 avril 1996 a pris acte que la répartition hospitalière ne suffit plus car elle maintient une approche individualiste qui prive les usagers des avantages qu'apportent des réponses collectives et coordonnées. Dans cet esprit, le SROS cherche à favoriser les coopérations entre établissements en précisant la nature et la répartition géographique des différents niveaux d'équipements et d'activités, complémentaires entre eux au sein d'ensembles cohérents, pour répondre aux besoins de la population en tous points du territoire régional. Partant du constat qu'il existe un suréquipement coûteux de certains établissements par rapport aux prises en charge réalisées, que tous les établissements ne peuvent pas tout faire, les SROS de deuxième génération (1999-2004) définissent différents niveaux d'équipements et d'activités dont la définition résulte de la prise en compte de la cohérence des prestations rendues. *« C'est le principe de subsidiarité qui fonde les rapports entre ces différents niveaux : la réponse de proximité lorsqu'elle est adaptée au cas du patient, est recherchée en priorité. Le recours à d'autres types de réponse s'envisage graduellement en fonction des suppléments de prise en charge que l'état du malade requiert et des moyens souhaités par l'établissement d'origine*[165] *»*. La distinction de différents niveaux conduit alors à définir différents critères de performance pour chaque catégorie d'établissements, en théorie. En effet, les objectifs des établissements diffèrent selon leur niveau d'équipement et par conséquent, leur performance s'apprécie au regard de leur capacité à atteindre ces objectifs.

[165] ARH Rhône-Alpes, *Le schéma régional de l'organisation sanitaire de Rhône-Alpes, 1999-2004*.

Nous présentons dans le tableau suivant un extrait du SROS Rhône-Alpes de deuxième génération concernant la détermination des différents niveaux de prise en charge selon la technicité et les équipements requis pour les prises en charge. La détermination des niveaux s'applique à l'ensemble des activités des établissements : les urgences, la réanimation, la chirurgie, la médecine, la cancérologie, la gynécologie-obstétrique, l'imagerie médicale, la médecine nucléaire et thérapeutique, la lutte contre la douleur, la sécurité sanitaire, les dépendances, la prise en charge des personnes âgées et les soins de suite et de réadaptation.

Tableau 15 : Extrait du SROS Rhône-Alpes 1999-2004

Activité	Niveau de proximité	Niveau de proximité renforcée	Niveau de référence	Niveau de référence universitaire
Urgences	Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU)	UPATOU avec plateau technique renforcé	Service d'Accueil et de Traitement des Urgences (SATU), possibilité d'un UPATOU en complément pour les enfants (organisation d'un accueil aux urgences ou individualisation de cet accueil en fonction des besoins).	SATU, possibilités d'UPATOU, individualisation d'urgences pédiatriques.
Gynécologie obstétrique	Maternité ou centre périnatale de proximité	Maternité avec ou sans unité de néonatalogie	Maternité avec unité de néonatalogie	Maternité avec réanimation néonatale

Ces niveaux de prise en charge correspondent à des niveaux d'objectifs : les niveaux de proximité ont comme objectif d'accueillir les urgences et de transférer vers des niveaux supérieurs les urgences qui requièrent des équipements et des compétences non détenues. De même, pour la prise en charge des femmes enceintes, les niveaux de proximité prennent en charge les parturientes ne présentant aucun signe distinctif de risques associés à la grossesse.

La logique des SROS de deuxième génération est la logique du juste lieu, avec les justes compétences, les justes équipements et dans un juste délai : ni pas assez de compétences et d'équipements, ni trop de compétences et d'équipements.

Par conséquent, les critères de performance d'une maternité de niveau 1 sont la capacité à accueillir et traiter les grossesses sans risques et à accueillir et transférer rapidement les grossesses à risque. La performance des maternités de niveau 4 s'évalue par leur capacité à prendre en charge les grossesses à risque et à orienter les grossesses sans risque vers la maternité de *juste* niveau. Les maternités de niveau 4 ne doivent pas prendre en charge des grossesses sans risque compte tenu du coût d'opportunité d'une telle prise en charge. Les objectifs des différents niveaux sont différents, donc les référentiels d'évaluation des performances de chacun des niveaux doit être différente.

Chaque établissement de soins ne peut prétendre tout diagnostiquer et tout traiter. Une évidence pourtant difficile à faire entendre aux professionnels des établissements et aux patients. En effet, les parturientes continuent à vouloir accéder aux niveaux les plus élevés car associés par elles à de meilleures performances. La population n'est pas sensibilisée aux nouvelles orientations du SROS et les médias confortent, par leurs analyses, une telle appréciation de la performance des établissements.

Ainsi, la revue *Le Point*[166] a retenu comme critère de classement des hôpitaux, des critères de technicité et de compétence médicales pointues ce qui conduit à classer 30 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) dans les 50 hôpitaux les plus performants. Ceci est contraire aux orientations actuelles des SROS. Les objectifs de chacun des établissements en termes de niveaux de prise en charge ne figurent nulle part. Les petits établissements qui réalisent de manière performante les prises en charge auxquelles ils sont destinés ne figurent pas dans ce palmarès. Or, quand on sait l'impact que de telles enquêtes ont sur l'opinion de la population, il n'est pas normal qu'elles ne soient pas mises en adéquation avec les orientations hospitalières de régulation régionale. Ainsi, l'on reste sur l'appréciation de la performance des hôpitaux au regard de leur capacité à prendre en charge des pathologies pointues et compliquées là où celles-ci ne représentent qu'une très faible part de l'ensemble des prises en charge.

Les palmarès d'hôpitaux, tels qu'ils sont conçus par les médias en général, constituent un facteur d'éclatement des référentiels de performance entre les acteurs. Ces classements n'informent pas sur les orientations des schémas régionaux d'organisation sanitaire, là où il y a un grand besoin de communication auprès de la population pour faire comprendre les mécanismes de l'offre graduée de soins. Car si les patients ne jouent pas le jeu de l'offre graduée de soins, la rationalisation de l'offre de soins ne peut qu'échouer. Aujourd'hui, nous sommes dans un système où tous les patients recherchent le meilleur équipement à proximité, où ceux-ci s'adressent toujours à l'établissement le mieux équipé avec les compétences médicales les plus pointues, où ceux-ci ont de plus en plus recours aux services des urgences pour des pathologies ou traumatismes légers, parce que cela permet d'avoir tous les examens rapidement.

Les attentes sociales sont très fortes vis-à-vis de l'hôpital et parfois même ambiguës : prise en charge curative et préventive, sanitaire et sociale, à l'hôpital mais hors des murs de l'hôpital, avec tous les équipements, mais le moins coûteux possible. Ces attentes sont très fortes parce que notre société n'a jamais véritablement fixé les limites de l'offre de soins. Or, les réformes des années 1990, et les SROS de deuxième génération qui en constituent la déclinaison régionale, posent des limites théoriques au système hospitalier : des limites concernant les dépenses, des limites concernant la liberté d'offre de soins, des limites concernant la liberté de choix de l'établissement. Mais le respect de ces limites

[166] Houdart P., Malye F., Vincent J., « Hôpitaux, le palmarès 2001 », *Le Point*, n° 1511, 31 août 2001.

repose sur la libre appréciation des acteurs du système puisque le principe du libre choix est le principe fondamental du système de soins. Par conséquent, seule une information cohérente avec les priorités définies selon les mécanismes présentés dans le chapitre précédent peut assurer la performance de leur mise en œuvre.

Si de tels classements présentent l'intérêt de mettre en place des mécanismes d'évaluation accessibles à la population et d'ouvrir la boîte noire de la qualité de l'activité hospitalière, ils reposent cependant sur des méthodes d'évaluation en contradiction avec les orientations de la régulation régionale. Ceci pose alors la question de l'intégration des visions de la performance par la communication et l'information, de la part des établissements et des pouvoirs publics eux-mêmes. Mais sur ce point, le secteur hospitalier a beaucoup de chemin à faire. Il suffit pour cela de constater combien l'information sur l'accréditation des établissements, information pourtant publique, est difficile à obtenir auprès de l'ANAES.

2. UN CLIVAGE PUBLIC/PRIVE ACCENTUE PAR LES MODALITES DE FINANCEMENT

Le secteur sanitaire est confronté au même type d'évolution de l'offre de biens et services que les autres secteurs : nous observons un phénomène de diversification de l'offre de soins et un phénomène de différenciation, qui engendrent un éclatement spatial et temporel de l'offre et une spécialisation très forte des professionnels. Dans cette offre de soins, on demande aux patients de coordonner des actions que les professionnels eux-mêmes ne parviennent pas à coordonner. La mise en réseau des établissements devient alors indispensable pour l'amélioration de la performance de l'activité hospitalière. La mise en réseau constitue de plus le corollaire de la détermination de niveaux de prise en charge pour les établissements : *« il appartient aux établissements tant publics que privés de concerter leur stratégie et leurs projets pour répondre aux cahiers des charges des niveaux d'équipement, en s'associant librement au sein de pôles sanitaires ; ils puiseront les différentes formes réglementairement prévues pour définir les modalités de leur collaboration. Cette ouverture permettant un meilleur partage des ressources sera prise en considération, tant pour la délivrance des autorisations, que pour l'approbation des projets d'établissement, la conclusion des contrats d'objectifs et de moyens ou encore l'allocation des ressources*[167] ». L'organisation des liens entre les différentes composantes de l'offre de soins, appelée réseau, doit favoriser le développement d'un dispositif de prise en charge gradué, soucieux de considérer le parcours global des patients et d'éviter une segmentation excessive des soins.

Or, le développement de coopérations entre les entités publiques et les entités privées est freiné par les modalités de financement de ces deux secteurs qui conduisent à des divergences de problématiques et à des divergences d'affiliation : le privé est « happé » par les secteurs industriels, pharmaceutiques et de services, tandis que le public défend ses prérogatives et se détache du privé.

2.1. LE FINANCEMENT INSTITUTIONNEL DU SECTEUR PUBLIC

L'ensemble des règles budgétaires et comptables, qui définit le fonctionnement des établissements publics de santé et qui sert de base au calcul de leur financement, s'articule autour du budget et de la comptabilité analytique. Le budget d'un établissement prévoit l'ensemble des dépenses et recettes de l'établissement hospitalier pour l'année civile à venir. Le budget des établissements publics de santé respecte les principes de base de la comptabilité publique. Le budget est annuel et les reports de crédits non utilisés, d'un exercice à l'autre, ne peuvent se faire que dans des cas réglementairement bien

[167] ARH Rhône-Alpes, *Le schéma régional de l'organisation sanitaire de Rhône-Alpes, 1999-2004*, 68p.

définis. Le budget doit être équilibré et, contrairement au budget de l'État en matière de fonctionnement courant (budget d'exploitation), cet équilibre ne peut résulter du financement d'un déséquilibre par l'emprunt.

À l'instar des budgets des autres collectivités publiques, le budget des hôpitaux publics est constitué de deux sections, la section d'exploitation (fonctionnement courant), qui décrit et comptabilise les opérations courantes de gestion, et la section d'investissement, qui retrace les opérations relatives aux capitaux permanents et aux immobilisations mobilières et immobilières. Les liens comptables et financiers entre la section d'exploitation et la section d'investissement sont très étroits car 50 % à 80 %, selon les cas, des recettes d'investissement sont constituées des dépenses d'exploitation, à savoir, les dépenses d'amortissement. Les charges calculées d'amortissements des immobilisations sont prises en compte dans la détermination du montant du budget et par conséquent constituent des recettes potentielles de la section d'investissement. C'est justement ce mécanisme qui a été dénoncé comme la cause principale du creusement des inégalités entre hôpitaux. En effet, les établissements qui disposaient d'immobilisations donnant lieu à un montant important d'amortissements suite à une récente politique d'investissement ont été favorisés lors de la mise en place du mécanisme de financement par dotation globale. Ces établissements ont pu entretenir leur patrimoine grâce aux réserves d'investissement ainsi constituées. En revanche, les établissements « vétustes » avec un montant d'amortissements faibles n'ont pu reconstituer cette réserve. Par conséquent, le degré de liberté du directeur pour réaliser des investissements était plus faible car nécessitant d'avoir recours à des procédures exceptionnelles de financement.

Le fonctionnement des établissements publics de santé, aujourd'hui, s'exerce dans un environnement rigoureux source de difficultés budgétaires pour l'hôpital public, tandis qu'en son sein, on constate un développement insuffisant du domaine touchant à la gestion financière. La politique de maîtrise des dépenses de santé menée par les pouvoirs publics depuis le début des années 1980 a manifestement réussi à stabiliser les hausses annuelles des dépenses de santé, mais elle est aussi à l'origine des difficultés budgétaires et financières de bon nombre d'établissements publics de santé. En effet, les dépenses des hôpitaux publics et privés représentant environ 50 % des dépenses de santé. Dès 1982, les pouvoirs publics ont mis en place un système de pourcentage maximal d'évolution annuelle des dépenses d'exploitation des hôpitaux publics (taux directeur de la dotation globale applicable uniquement aux établissements publics et PSPH).

Le passage d'un financement basé sur la facturation des journées d'hospitalisation à un système relativement rigide[168], d'enveloppe globale annuelle a eu pour conséquence de réduire les marges de manœuvre financières des établissements publics. De façon générale, la capacité d'autofinancement (CAF) des établissements publics de santé est utilisée pour 41 % en moyenne pour rembourser leur dette[169]. La CAF étant constituée

[168] La rigidité du budget dépend du pouvoir de négociation du directeur d'établissement et des enjeux stratégiques liés à la localisation des établissements.

[169] Angelloz-Nicoud M., *La gestion financière à l'hôpital : gestion de trésorerie, gestion de dettes, gestion du financement des investissements*, Berger-Levrault, 1996, 279p.

essentiellement du montant des dotations aux amortissements (le résultat doit être nul, s'il est négatif, il vient s'ajouter aux charges pour le calcul de la dotations globale de l'année suivante, s'il est positif, il vient en diminution de la dotation l'année suivante). Le développement des établissements publics est donc soumis à des procédures administratives de négociation, d'autorisations et de financement. Les marges de manœuvre en termes de gestion financière sont jusqu'à présent limitées.

Lorsque les établissements sous dotation globale réalisent des activités en partenariat avec d'autres entités du système de soins, celles-ci sont financées par la dotation globale attribuée chaque année. Par conséquent, les établissements sous dotation globale ne sont pas enclins à développer des activités supplémentaires sans ressources complémentaires. Ceci d'autant plus que lorsque les collaborations se réalisent avec des institutions privées, l'hôpital craint de se voir attribuer les activités les plus coûteuses de la prise en charge avec une tarification et un remboursement effectués au bénéfice du secteur privé.

2.2. LES DIFFICULTES FINANCIERES DU SECTEUR PRIVE

Les établissements privés à but lucratif sont financés « à l'acte ». Par conséquent, la maîtrise des dépenses hospitalières par la mise en place d'un financement par dotation globale pour les établissements publics et PSPH en 1983 s'est trouvée entravée par « l'envolée » des dépenses du privé lucratif. Cependant, au début des années quatre-vingt-dix, les organismes de sécurité sociale décident de ne plus payer à guichets ouverts. C'est lors de cette décennie que les marges de manœuvre financière du privé se sont réduites.

D'une part du côté des recettes

En janvier 1992, un accord est conclu entre les représentants de l'hospitalisation privée et les pouvoirs publics, afin de mettre en place un Objectif Quantifié National (OQN) décliné en Objectifs Quantifiés Régionaux (OQR) propres à modifier les conditions économiques et financières des cliniques, dans la mesure où désormais, tout dépassement de l'objectif donne théoriquement lieu à une baisse des tarifs pratiqués par la Caisse d'Assurance Maladie l'année suivante, et inversement. Par conséquent, les établissements ne peuvent « jouer » sur leur activité pour augmenter leurs recettes, que dans une certaine limite.

D'autre part du côté des dépenses d'investissement

L'arrivée de nouvelles techniques biomédicales, et ses conséquences financières, ainsi que la nécessité de réduire les capacités excédentaires en lits contribuent également à transformer peu à peu le secteur des cliniques privées qui fait l'objet d'une restructuration importante. L'importance de capitaux nécessaires aux investissements dépasse désormais très largement les capacités de financement de la plupart des médecins mais également des établissements *« dont la précarité financière et le manque de capitaux propres ont*

éclaté au grand jour durant le gel des forfaits de salle d'opération en 1991[170] *»*. Les cliniques privées ont du mal à s'adapter pour certaines, et ne pouvant répondre seules aux besoins de capitaux, elles sont conduites à se regrouper ou à laisser intervenir de nouveaux opérateurs prêts à participer au capital et à la gestion des établissements. Cette mutation s'est encore accélérée ces dernières années avec la diffusion de matériels de diagnostics et de thérapeutiques de plus en plus sophistiqués et coûteux. Le plateau technique est devenu l'enjeu essentiel autour duquel s'articule les stratégies de développement des cliniques privées et conduit celles-ci à de nouvelles orientations.

Acteur de ces changements, la loi du 31 juillet 1991 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée pousse également aux restructurations, avec la mise en place de nouveaux instruments de régulation que sont le développement de l'évaluation, la mise en place d'une logique contractuelle et l'adjonction à la carte sanitaire d'un schéma régional d'organisation sanitaire. Seuls les partages d'équipements, de compétences ou de regroupements (absorption, fusion) peuvent désormais permettre aux cliniques privées d'obtenir les autorisations de fonctionnement et d'acquisition des équipements matériels lourds ; et d'éviter ainsi de tomber sous le poids des contraintes réglementaires.

Les cliniques doivent à présent contrôler et réduire leur activité mais également agir sur leurs charges afin de rester compétitives et rentables. Ce qui signifie pour elles avoir un droit de regard sur l'activité médicale. Or, les praticiens ne sont plus majoritairement propriétaires des capitaux des cliniques. Par conséquent, ils ne sont pas impliqués de la même manière dans les soucis de rentabilité à un moment où justement les conditions de financement sont drastiques. Il apparaît que la rentabilité médicale peut être forte (honoraires importants) alors que la rentabilité du capital est faible. Mais le praticien peut se satisfaire de travailler dans un établissement à bénéfice réduit du fait qu'il n'en est plus propriétaire. La recherche de gains de productivité conduit à rationaliser la logistique et le processus de soins, donc les relations médecins/cliniques dans le cadre de la maîtrise de l'activité médicale. Les médecins ne sont plus des données mais des acteurs dont il faut organiser le jeu dans un cadre, où la technicité financière et la difficulté dans l'exercice de direction, rendent indispensable l'intervention de gestionnaires compétents ayant les moyens de leur politique. Pour les cliniques dont les praticiens sont encore les propriétaires uniques, le problème s'articule autour des jeux de pouvoir dans le cadre des prises de décisions stratégiques au sein du conseil d'administration dont l'issue est incertaine.

L'équation de rentabilité des capitaux investis

La rentabilité des capitaux investis, produit de la profitabilité et de la vitesse de rotation du capital se traduit par l'équation :

$$\frac{R}{K} = \frac{R}{CA} \times \frac{CA}{K}$$

[170] Pelet K., *Structuration et restructuration des cliniques privées à caractère commercial : un état de l'art entre contingence environnementale et contingences médicales*, Thèse de doctorat ès sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon III, février 2000, 337p.

Où : R = résultat net de l'exercice
K = les capitaux investis
CA = le chiffre d'affaires de la période

La rentabilité des capitaux investis a fortement diminué depuis le début des années 1990 sous la contrainte des recettes d'exploitation qui déclinent. La réduction des recettes d'exploitation du fait de la mise en place de l'OQN (même si celui-ci n'a pas encore été entièrement respecté) réduit la profitabilité (R/CA). Par conséquent, les cliniques privées, pour maintenir un certain niveau de rentabilité du capital investi, cherchent à augmenter le ratio CA/K qui correspond au chiffre d'affaires par unité de capital. Le capital se traduit par l'ensemble des équipements et le chiffre d'affaires correspond à la facturation des prestations à la Caisse d'Assurance Maladie. Or les prestations qui « rapportent » sont les recours au plateau technique (bloc opératoire, radiologie, biologie) et non l'hébergement. Par conséquent les établissements privés, ont intérêt à augmenter le chiffre d'affaires par unité de capital ce qui conduit à augmenter l'utilisation des équipements : diminution de la DMS, extension des plages horaires des équipements et rationalisation de l'utilisation de ces plages horaires.

Le mythe de la rentabilité très forte des cliniques privées est en train de se briser. Une étude a été menée par l'organisme de conseil « CTC Conseil » sur les résultats économiques des cliniques privées[171]. Cette étude a été réalisée à partir d'un échantillon de 80 établissements ayant fourni les informations nécessaires à l'analyse.

Les principaux résultats

- **Taux de rotation du capital**

  En médecine, 45,3 % des séjours ont une durée moyenne de séjour inférieure ou égale à 3 jours. En chirurgie, 53,9 % des séjours ont une durée comprise entre 2 et 4 jours.
  On constate que les interventions chirurgicales nécessitent une hospitalisation de plus en plus courte. De plus l'activité ambulatoire (hospitalisation de moins de 24 heures) se développe beaucoup dans les établissements privés. La part de marché en nombre de venues des hospitalisations de moins de 24 heures des établissements privés est de 73 % sur l'ensemble du territoire français[172] en 1999.

- **Évolution du chiffre d'affaires**

  La croissance du chiffre d'affaires entre 1997 et 1998 est de 3,6 % pour l'échantillon concerné. Les établissements les plus importants en termes de niveau d'activité (chiffre d'affaires supérieur à 80 millions de francs) tirent la croissance à près de 5 % tandis que les établissements les moins importants (chiffre d'affaires inférieur à 30 millions de francs) affichent une évolution de 1 %.

- **Évolution de la profitabilité (résultat net / chiffre d'affaires)**

  Le taux de profitabilité moyen diminue de 1 point entre 1997 et 1998. La profitabilité moyenne des établissements de l'échantillon était d'environ 3,4 % en 1995, puis 2,5 %

[171] CTC Conseil, op. cit.
[172] FHF, 2001, op. cit.

en 1996, pour atteindre 1 % en 1998. L'évolution de la contrainte budgétaire se traduit dans les comptes de résultat des cliniques. Les coûts de production augmentent avec une activité contrainte. Du fait des charges fixes importantes, les établissements privés « approchent » à la baisse leur seuil de rentabilité. Pour les établissements dont le chiffre d'affaires est inférieur à 30 millions de francs, la profitabilité en 1998 est de 0,2 % contre 2,2 % en 1997. Pour les établissements dont le chiffre d'affaires est compris entre 30 millions et 80 millions de francs la profitabilité est de 1,2 % en 1998 contre 2,2 % en 1997. Pour les établissements de plus de 80 millions de francs de chiffre d'affaires, la profitabilité est de 0,5 % en 1998 pour 1,3 % en 1997.

• **Les investissements**

En moyenne les investissements progressent de 8,6 %. C'est dans le groupe de cliniques dont le chiffre d'affaires est inférieur à 30 millions de francs que l'augmentation est la plus importante, elle atteint presque 16 % et est due à une très forte hausse des immobilisations corporelles. En ce qui concerne les investissements financiers, les établissements dont le chiffre d'affaires est compris entre 30 et 80 millions de francs enregistrent une progression de 14 %. Cette progression est imputable aux prises de participations financières nombreuses qui ont eu lieu en 1998 suite aux vagues de restructurations de l'offre de soins. Si l'on s'intéresse au mode de financement des investissements, on se rend compte que les établissements dont le résultat courant est supérieur à 10 % du chiffre d'affaires semblent avoir un niveau de capitaux propres à plus de 150 000 francs par lit.

• **La rentabilité financière (résultat net / capitaux propres)**

Le taux de rentabilité est calculé sur la base des capitaux au début de l'exercice, c'est-à-dire avant le résultat de l'exercice. La baisse du niveau moyen de rentabilité concerne tous les établissements de l'échantillon. Au total, la rentabilité nette des capitaux propres chute à 3,4 % en 1998 contre 7,7 % en 1997. La rentabilité financière des établissements dont le chiffre d'affaires est inférieur à 30 millions de francs est de 0,8 %.

• **La solvabilité générale**

La solvabilité générale est en baisse de 64,7 % à 57 %. Le ratio de fonds de roulement est relativement stable passant au global de 1,05 à 1,03. L'indépendance financière (capitaux propres sur capitaux permanents) chute de 57,5 % à 52 %.

Les ratios financiers des établissements privés se dégradent fortement depuis 1995. Les établissements qui ont la meilleure situation financière sont les établissements dont le chiffre d'affaires est compris entre 30 et 80 millions de francs. C'est pourquoi, à l'heure actuelle, d'importantes restructurations sont réalisées dans le secteur privé. Cependant, la rentabilité économique étant faible, les offres de rachat se font rares. Les restructurations se trouvent confrontées à des difficultés importantes aujourd'hui.

« L'accélération de la parution de textes réformateurs jette les bases d'un changement des conditions de développement des cliniques. Désormais, les cliniques doivent apprendre à compter et à gérer comme toutes les entreprises. Le manque de capitaux propres, l'endettement et les problèmes de gestion sont autant de facteurs susceptibles de conduire les établissements à la faillite. Les établissements les moins performants ont déjà disparu, signe de profonds changements dans le monde de l'hospitalisation privée[173] *»*. On assiste alors à une vague de restructuration de l'offre de soins privée. La diminution du nombre d'établissement est révélatrice de l'évolution actuelle du secteur. En 25 ans, les statistiques enregistrent une diminution de plus de 480 établissements dans le court séjour. Les cliniques sont désormais à la recherche d'une taille critique. Poussés par une technologie de plus en plus coûteuse, les besoins de financement ne cessent de progresser et nécessitent par conséquent le recours à d'autres types de financement que la seule participation des praticiens au capital. Les cliniques privées ouvrent leur capital à de nouveaux intervenants médicaux, mais aussi à des opérateurs industriels et financiers. Ainsi, pour la première fois le 18 juin 2001 des cliniques ont été introduites en bourse[174].

Les cliniques recherchent dans les investisseurs privés les ressources financières qu'elles ne peuvent obtenir des pouvoirs publics ; et ceci accentue la vision éclatée de la performance hospitalière avec une accentuation des divergences dans les logiques d'acteurs et les méthodes d'évaluation de l'offre de soins hospitalière.

[173] Pelet K., *Structuration et restructuration des cliniques privées à caractère commercial : un état de l'art entre contingence environnementale et contingences médicales*, Thèse de doctorat ès sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon III, février 2000, 337p. ; p. 204.

[174] Tricornot (de) A., « Pour la première fois en France, des cliniques entrent en bourse », *Le Monde,* 29 mai 2001.

SYNTHESE CHAPITRE III

Les illustrations sur les décalages entre les orientations des politiques de régulation traduites par les SROS et les critères plus ou moins implicites de valorisation sont nombreuses. Ceci traduit, d'une part, le fait que les instruments ne sont pas neutres, car ils constituent des blocages à la mise en œuvre de certaines priorités et notamment la constitution de réseaux de soins qui reposent sur la coopération entre les établissements, que ceux-ci relèvent du secteur public ou du secteur privé. D'autre part, cela traduit le fait que les instruments d'évaluation sont eux-mêmes construits selon certaines orientations et pour répondre à certains objectifs. *« Ainsi les outils conçus ne prétendraient pas refléter la réalité qui s'imposerait à chacun comme la meilleure solution aux problèmes clefs de non-pertinence. Au contraire, ils seraient en cohérence avec la nature plurielle et subjective de la pertinence (une même technique pour certains acteurs peut ne pas l'être pour d'autres) et prendraient part à la construction de représentations complémentaires d'une situation donnée (des solutions plurielles). En conséquence, les problèmes de traçabilité des coûts et plus fondamentalement de méthodes de calcul des coûts ne sont plus considérés comme de purs problèmes relevant des systèmes d'information, mais bien au contraire comme induits par des représentations sociales ancrées dans des langages et des cultures spécifiques, qui contribuent à générer des comportements identifiés*[175] *».*

Par conséquent, la question de la pertinence des outils nécessite au préalable de s'interroger sur la pertinence des critères de performance retenus et de la cohérence de ces critères avec les attentes sociales actuelles vis-à-vis du système. La non-pertinence des instruments en présence n'est que le reflet d'un manque de définition de référentiels de performance négociés et admis.

Aujourd'hui, ce manque de vision partagée de la performance pousse les patients à des comportements de consommation médicale en contradiction avec les orientations actuelles de la régulation de l'offre de soins hospitalière, orientations pourtant pertinentes dans la recherche de légitimité de cette offre. Par ailleurs, ce manque de vision partagé génère une fracture de plus en plus grande entre les secteurs publics et les secteurs privés, que la mise en place des ARH ne peut résorber. Le risque de cette fracture est que les groupes financiers et industriels, une fois détenteurs du capital de nombreux établissements privés à but lucratif, exercent alors une pression forte sur les compagnies d'assurance d'une part, et sur les pouvoirs publics d'autre part, pour faire « éclater » le système de Sécurité Sociale obligatoire pour tous. Très récemment, le Medef a affirmé sa volonté de mettre en place un système de sécurité sociale privée : *« l'organisation patronale souhaite ouvrir à la concurrence la gestion de l'assurance maladie. Les régimes de retraitement seraient unifiés. L'acquisition de points remplacerait le système*

[175] Halgand N., « Comptabilité et pertinence : une proposition constructiviste pour le nouveau management hospitalier », *Revue Comptabilité Contrôle Audit*, tome III, vol.2, sept. 1997, pp. 77-92.

actuel fondé sur la durée des cotisations[176] *»*. Ceci est une illustration de la crise que traverse notre système de soins, tant du côté de l'offre de soins que du côté du financement de celle-ci.

[176] Mandraud I., « Le Medef dévoile son projet de Sécurité Sociale privatisée : l'organisation patronale veut en finir avec le monopole de la CNAM », *Le Monde*, 21 novembre 2001.

Conclusion première partie

L'hôpital possède certaines spécificités qui lui sont propres. Ces spécificités sont de plusieurs ordres. Une première spécificité réside dans le caractère traditionnellement « administré » du secteur. Les décisions d'investissement et d'embauche ne dépendent pas du directeur général ni du président du conseil d'administration, mais des autorisations accordées par les tutelles. Une deuxième spécificité est due à la nature de son activité. L'objet de l'activité est le corps humain, l'hôpital « travaille » sur le corps humain, sur la naissance et sur la mort. L'évaluateur se heurte alors au secret médical, au risque de confondre le plus et le bien, au risque de confondre ce qui est bien pour le patient et ce qui est bien pour l'hôpital. En effet, opérer un patient qui n'en a pas besoin, engendre une diminution de la valeur du point ISA de l'établissement. Expliquer et attendre c'est faire augmenter la valeur du point ISA de l'établissement. C'est pourquoi il faut être prudent dans l'analyse faite à partir des classements de type « production industrielle ».

Dans la recherche de performance, il y a aujourd'hui une confusion permanente entre les soins, la santé, la santé publique et les politiques publiques de santé. L'attention est surtout portée à l'offre de soins, mais quel est l'impact sur la santé de la population de cette offre de soins ? Aujourd'hui, le système de soins n'est plus capable de faire face à certains problèmes. Le taux de mortalité prématurée en France est particulièrement élevé et le système de soins n'est pas capable de le réduire, mais est-ce que c'est le rôle du système de soins ? Autant de questions à son encontre, qui conduisent à la nécessaire redéfinition des attentes sociales parce que, comme le dit G. Johanet, *« un système d'assurance maladie remboursant deux fois mieux l'homéopathie (qui n'a jamais fait la preuve de son efficacité) que les soins dentaires envoie aux assurés un message d'irresponsabilité*[177] *»*. Les citoyens doivent redéfinir les limites du système de soins et le contenu des « paniers de biens et services » de santé relevant des mécanismes de redistribution sociale.

La performance repose aujourd'hui sur un construit social ambivalent. Les discours autour de la performance prônent la prise en compte d'autres critères que ceux de l'efficience économique mais dans les faits, c'est l'efficience économique et la technicité des actes qui priment pour l'évaluation des performances hospitalières, dont les conventions d'évaluation ne sont pas clairement énoncées. La performance repose sur de nouveaux mécanismes d'incitations qui aujourd'hui font défaut : les mécanismes

[177] Johanet G., « La santé fait peur à l'Etat », *L'Expansion*, n° 651, 30 août-12 septembre 2001, pp. 98-101.

financiers n'ont pas évolué. Il ne faut alors pas s'étonner que l'efficience économique, traitée toutes choses égales par ailleurs, entre en conflit avec la rentabilité politique. D'où la nécessité de s'interroger sur les référentiels de performance, d'en montrer les limites et de proposer de nouveaux critères de performance comme construit social.

Le construit de la performance est aujourd'hui la résultante de mesures externes et nationales de planification. L'État au-delà de son rôle d'orientation et de contrôle, gère en direct l'activité hospitalière par la production de normes et de référentiels nationaux, communs à l'ensemble des établissements. Si d'un côté, ces normes ont pour objet d'assurer un minimum de qualité et de surveillance, d'un autre côté, elles enferment les établissements dans la recherche d'atteinte de ces normes, recherche accentuée par les informations véhiculées par les médias, parce que les uns et les autres ne se posent pas la question du *pourquoi*. Cette recherche d'atteinte des normes tient lieu alors de recherche de la performance.

Depuis les années 1980, l'État s'est pourtant doté d'instruments intéressants du point de vue conceptuel (SROS, projet d'établissements, COM, PMSI et accréditation), mais qui achoppent :

- Sur le manque d'information, au niveau macro économique, méso économique et au plan de l'établissement. *« Pour un budget supérieur à celui de l'État, le service statistique du ministère des affaires sociales a une équipe six fois moindre que le ministère de l'agriculture*[178] *»*.
- Sur la difficulté de mettre en œuvre le processus d'État, y compris sur le territoire régional (conflits entre les DRASS et les ARH, conflits entre les CRAM et les ARH, conflits entre les médecins et les non-médecins, conflits entre les médecins de l'Assurance Maladie et les médecins de santé publique), difficulté inhérente au partage flou des responsabilités entre l'État, l'assurance maladie et les collectivités locales. *« Dans certains cas, toutes les institutions sanitaires et sociales et toutes les instances de l'État sont concernées si bien qu'aucune d'elles ne se considèrent comme responsable. (…) Dans d'autres cas, c'est le vide*[179] *»*.
- Et enfin sur le manque d'appropriation des instruments par les acteurs hospitaliers eux-mêmes pour définir leur propre construit social de performance. La logique prépondérante de la régulation hospitalière est une logique de moyens où les acteurs se voient *dictés* leur conduite. Passer d'une logique de moyens à une logique de résultats, telle que souhaitée par les orientations sanitaires mais aussi par les orientation générales des règles relatives à la préparation, au vote et au contrôle du budget[180], conduit à donner aux gestionnaires de l'organisation hospitalière des marges de manœuvre accrues. Mais, encore faut-il que les acteurs se saisissent de ces marges de manœuvre.

L'hôpital ne peut aujourd'hui faire l'impasse sur la construction de sa performance locale dans le cadre d'une vision partagée des référentiels de performance. L'État fait un travail de définition de priorités et de tentative de démocratisation des processus de décision par

[178] Kervasdoué (de) J., *La santé intouchable*, J.C.Lattès, 1996, 294p. ; p. 84.
[179] Kervasdoué (de) J., *La santé intouchable*, J.C.Lattès, 1996, 294p. ; p. 83.
[180] Loi organique 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances.

la mise en place de mécanismes de concertation des parties prenantes à l'activité hospitalière. Il existe un travail de gestionnaire à faire du côté de l'hôpital dans la déclinaison des priorités nationales en priorités régionales et locales avec comme questions de fonds les trois questions du *faire*, du *faire faire* et du *faire en partenariat*. L'hôpital doit définir les fondements de son action et les principes de sa gestion, éléments que nous interrogeons dans la partie suivante, par le biais des cadres théoriques de performance repérés dans la littérature.

Deuxième partie

Littérature et performance : une nécessaire conjugaison de logiques distinctes

Un jeune collègue (...) m'avait signalé un texte de l'espèce de ceux qui engendrent à la fois la satisfaction d'une belle rencontre et la confusion d'une ignorance à l'abri de laquelle on croyait pouvoir s'attribuer un brin d'originalité.

G. Canguilhem.

Si la recherche de performance est dans tous les discours, celle-ci n'en pose pas moins de nombreuses difficultés. Objet de recherche, la performance n'est pas uniquement un sujet d'enquête et un champ d'analyse pour les chercheurs, elle est surtout un objectif pour les organisations. Ce thème est cependant terriblement complexe : poser la performance comme objectif contraint les acteurs à une réflexion sur son contenu. La première difficulté réside justement dans la définition de ce contenu. Quels sont les critères de performance que l'on retient et comment les évaluer ? L'hôpital est le lieu d'expression de nombreux référentiels distincts de performance, fruits de l'histoire des professions médicales, soignantes et administratives, de l'évolution technologique et des choix de société réalisés. Chacun de ces référentiels de performance se compose d'objectifs prioritaires et de critères de performance distincts, ce qui rend alors complexe l'obtention d'une vision partagée de la performance hospitalière entre les différents acteurs, chacun ayant son propre point de vue sur ce qui est essentiel et sur ce qui l'est moins, aucun des acteurs ne connaissant réellement le point de vue des autres.

C'est justement ce manque de vision partagée sur la performance qui aujourd'hui paralyse la modernisation du système hospitalier, chacun orientant ses réponses aux mécanismes de régulation mis en place par les pouvoirs publics dans un sens différent. Les réformes mises en place pendant les années 1990 ont modifié les modes de régulation de l'activité hospitalière pour créer une situation où les moyens de la performance sont centralisés. Dans cette situation, la modernisation de l'hôpital se fait difficilement. Ces difficultés traduisent le fait que, au-delà des réformes organisationnelles de l'hospitalisation, les fondements de la régulation hospitalière n'ont pas été modifiés, malgré les nouvelles orientations souhaitées. La modernisation a touché l'organisation de la régulation, *le comment*, mais il apparaît que la modernisation n'a pas affecté *le pourquoi*. L'hôpital est aujourd'hui à la recherche du sens de son activité pour se moderniser. L'hôpital doit construire ses nouveaux critères de performance, mais cette évolution est obérée notamment par le télescopage des critères liés à l'efficience économique que veulent mettre en œuvre tant les tutelles que les responsables administratifs des établissements, et la rentabilité politique que recherchent les élus qui administrent l'hôpital, les présidents des conseils d'administration, comme les représentants des syndicats et les membres de l'administration au plan national ou déconcentré.

Parce que notre société est démocratique, les problèmes de l'hôpital ne peuvent trouver leurs solutions dans la mise en place de la seule rationalité économique. L'efficience de l'hôpital ne peut se penser que dans la confrontation de la réponse aux attentes des patients sous contrainte des budgets, des attentes des salariés et des données de la planification régionale, d'une part, de la rentabilité politique qu'attendent de leurs actes l'ensemble des décideurs, d'autre part. On comprend bien dans ces conditions, les conflits

d'intérêt que connaît le président du conseil d'administration de l'hôpital selon qu'il est animateur de l'efficience économique, ou élu responsable de ses actions devant les salariés et les patients de l'hôpital, qui sont aussi ses électeurs.

Dans cette partie, nous interrogeons les dimensions de la performance hospitalière à prendre en compte pour la modernisation de l'hôpital. L'hôpital est confronté au défi de la légitimité dans un environnement qui a profondément changé depuis sa constitution. Les principes actuels qui régissent sa performance sont à rechercher du côté des attentes sociales vis-à-vis du système hospitalier. Trois dimensions clefs de la performance émergent : la nécessaire inscription de l'activité hospitalière dans le cadre plus large de la performance du système de santé, l'impératif de l'identification du patient et de ses besoins, c'est-à-dire pour reprendre les propos de E. Minvielle, l'impératif de *« gérer la singularité à grande échelle*[181] *»*, et l'indispensable organisation en réseau de l'activité hospitalière que cela génère (chapitre IV). Les principes actuels qui régissent la performance doivent aussi prendre en compte les critères de performance de l'offre de soins hospitalière tels qu'ils sont définis dans la littérature. La performance d'un hôpital repose sur sa capacité à atteindre ses objectifs et à satisfaire les objectifs de ses parties prenantes, mais aussi sur les ressources qu'il détient et les processus de prise en charge qu'il met en place (chapitre V).

Cette partie est composée de deux chapitres :
Chapitre IV – Les méta-dimensions de la performance hospitalière
Chapitre V – Les modèles d'appréhension de la performance hospitalière

[181] Minvielle E., 1996, op. cit.

Chapitre IV

Les méta-dimensions de la performance hospitalière

L'élargissement sémantique du vocable performance ainsi que la recherche de modélisation et d'intégration de la performance hospitalière conduisent à la définition d'un certain nombre de dimensions de la performance hospitalière : dimension sociale, dimension économique et dimension « procédurale » de l'organisation hospitalière. Autant de dimensions intermédiaires pour tenter d'approcher la performance des établissements de santé, performance qui renvoie à des considérations plus larges d'impact sur la santé de la population, appréciable globalement sur le long terme, mais difficilement évaluable sur le court terme. Par conséquent, d'un côté on dénombre, on classe, on construit des indicateurs, on théorise pour se donner un cadre général d'appréciation de la performance. D'un autre côté on standardise et normalise les paramètres des organisations hospitalières.

Entre les théories et les pratiques de régulation, l'hôpital est confronté aux défis de la qualité, de la prise en charge globale du patient, de la satisfaction des parties prenantes, de l'efficience économique, de la compétence, de la légitimité et de l'équité. Entre théories et pratiques, l'hôpital construit quotidiennement sa performance, par une multitude de décisions et d'actions individuelles. Chacune de ces décisions et actions constituant autant de visions distinctes de celle-ci, parfois convergentes, parfois divergentes, mais représentant toutes une facette de la performance hospitalière.

Parmi les nombreux référentiels de performance qui sous-tendent les décisions et actions des parties prenantes, trois dimensions majeures de performance se dégagent, dimensions qui se réfèrent à la légitimation de l'activité hospitalière, dimensions communes à l'ensemble des établissements, dimensions dans lesquels ceux-ci doivent inscrire leurs actions : la première est la capacité de l'hôpital à s'inscrire dans le système de soins qui doit s'inscrire lui-même dans le système plus large de santé. Ceci requiert la convergence des objectifs des éléments constitutifs du système. La deuxième dimension pour l'hôpital

est sa capacité à définir les attentes de son bassin de population et à identifier les individus qui s'adressent à lui. La troisième dimension est l'aptitude de l'hôpital à développer des réseaux de coopérations avec les autres entités constitutives du système de soins.

Ce chapitre est composé de trois sections :
Section 1 – La performance verticale : inscrire le local dans le global
Section 2 – La performance latérale : répondre aux attentes multiples des patients
Section 3 – La performance horizontale : combiner les entités du niveau local en réseaux

1. LA PERFORMANCE VERTICALE : INSCRIRE LE LOCAL DANS LE GLOBAL

L'organisation recouvre toutes les formes d'actions collectives coordonnées pour atteindre les objectifs communs. Par conséquent, l'organisation désigne aussi bien une entité juridique aux frontières définies et stables que des réseaux qui se font et se défont au gré des besoins des parties prenantes. L'organisation hospitalière s'apprécie à différents niveaux : organisation locale, régionale, nationale. Cette organisation est difficilement définissable dans l'absolu, car elle varie selon l'échelle d'observation retenue. L'organisation hospitalière peut s'entendre comme l'ensemble des établissements de soins, mais elle peut s'entendre aussi comme l'ensemble des établissement de soins ainsi que les institutions régionales qui ont en charge de réguler l'offre de soins. Cette organisation peut encore être entendue au sens beaucoup plus large qui intègre alors, par exemple, les universités et instituts de formation des professionnels, l'industrie pharmaceutique, les entreprises sous-traitantes de restauration et blanchisserie. Il est alors nécessaire de se situer au bon niveau d'analyse lorsqu'on cherche à agir sur l'organisation hospitalière pour en améliorer les performances, ceci afin de ne pas en négliger certains impacts que l'on peut qualifier de performances ou contre-performances induites. Les difficultés que rencontre la gestion hospitalière résident justement dans ces fortes interrelations et interdépendances entre les différentes entités de l'organisation car celles-ci ne sont pas modélisables exhaustivement *ex ante*, ni évaluables quantitativement *ex post*. Par conséquent, si les instruments de gestion de l'activité hospitalière sont effectifs, leur effectivité réside dans la définition préalable des finalités de l'organisation considérée et dans l'assurance que ces finalités sont admises par l'ensemble des acteurs. Autrement dit, la convergence des motivations des acteurs est une condition nécessaire et indispensable à toute pratique de gestion dans le secteur hospitalier.

Nous présentons dans cette section tout d'abord l'organisation comme un ensemble de contraintes mais aussi de marges de manœuvre pour les parties prenantes. Dans l'organisation hospitalière, les acteurs sont contraints par des normes de comportements et de résultats, mais parallèlement les acteurs interprètent ces normes pour les traduire dans leurs comportements et jouent autour de la règle afin de s'octroyer des marges de manœuvre. Ceci pose alors la question des finalités de l'organisation et des finalités des acteurs qui la composent. Cela nous conduit à présenter l'organisation hospitalière comme un système, système qui s'inscrit lui-même dans un système plus large qu'est le système de santé.

1.1. L'ORGANISATION : ENTRE CONTRAINTES ET MARGES DE MANŒUVRE

L'organisation, comme lieu de coordination des actions individuelles pour atteindre les objectifs communs, a donné lieu à de nombreuses recherches sur son contenu, d'une part, et aussi sur ses rôles explicites et implicites, d'autre part. Différents courants se sont succédés dans l'analyse des organisations, courants appréhendant différemment ses caractéristiques.

« Les organisations ont été longtemps considérées comme des ensembles stabilisés, rationnels ou tendant à la rationalité, ayant pour but la production de biens (automobiles, réfrigérateurs…) ou de services (assistance médicale, psychologique…). L'analyse taylorienne et son succès trouve son fondement dans une telle conception. L'organisation est dans cette vision, assimilable à une machine dont les divers rouages (techniques et humains) sont parfaitement substituables et qui doit fonctionner, grâce à une structure de prévision et de maintenance et avec le minimum de coûts techniques et sociaux[182] *».* L'organisation s'appréhende alors au travers de ses paramètres explicites et formels : ses produits, son organigramme représentant les attributions et les liaisons hiérarchiques et organiques de ses divers éléments, ainsi que la conception des postes de travail. C'est avec les travaux de Taylor que se développe notamment la séparation entre la conception et la réalisation des tâches afin de rationaliser les processus de production.

« Plus tard, sous l'impulsion de la psychosociologie des groupes et de la sociologie des organisations, elle a été envisagée comme un système social humain posant des problèmes de liaisons, de décision, de participation au pouvoir, de contrôle des activités. Le commandement, les modalités de coopération, les types de conflits sont devenus alors les préoccupations centrales tant des gestionnaires que des analystes des structures sociales. La politique et l'affectif avaient donc droit de cité dans l'organisation qui était animée par des « passions et des intérêts » » [183]. Depuis l'expérience d'Hawthorne, on a pris conscience que les organisations fonctionnent de façon beaucoup plus complexe que ne l'indique la représentation « mécaniste » de l'organisation. Entre l'autorité formelle et les flux régulés, il existe dans les organisations une quantité considérable d'activités que les recherches ont mises en évidence. *« il existe des centres de pouvoir qui ne sont pas officiellement reconnus ; un riche réseau de communication informelle vient s'ajouter aux circuits réguliers et parfois les contournent ; et des processus de décision fonctionnent indépendamment du système régulé (…) Dalton définit le formel ou l'officiel comme « ce qui est planifié et qui fait l'objet d'un accord » et l'informel et le non-officiel comme les liens spontanés et flexibles entre les membres de l'organisation sur la base de sentiments et d'intérêts personnels indispensables au fonctionnement de la partie formelle de l'organisation mais qui sont trop fluides pour être contenus dans le cadre formel*[184] *»».* Par conséquent, la représentation de l'organisation par ses seuls paramètres formels ne nous en donne qu'une représentation partielle. Mais la détermination des

[182] Enriquez E., *L'organisation en Analyse*, Presses Universitaires de France, 1997, 334p.
[183] Enriquez E., 1997, op. cit.
[184] Mintzberg H., *Structure et dynamique des Organisations*, Editions d'Organisation, 1982, 434p.

paramètres informels, par définition, est difficile car elle nécessite une immersion dans l'organisation pour cerner les coalitions qui se forment, les réseaux de communication qui s'instaurent. La détermination des paramètres informels est de plus éphémère car, par nature, ces flux se font et se défont selon les intérêts, les passions et selon les interactions entre les acteurs.

« Depuis quelques années, une autre approche des organisations a vu le jour : celle qui traite l'organisation comme un système à la fois culturel, symbolique et imaginaire ; un lieu où s'entrecroisent phantasmes, désirs individuels et collectifs, les plus souterrains comme les plus opérants, et projets volontaristes[185] *».* L'organisation est appréhendée au travers de la culture, de l'environnement dans lequel elle s'inscrit. L'organisation possède une « identité » propre qui dépasse la somme des identités individuelles. L'organisation transcende les individus qui la composent.

L'évolution d'une conception mécaniste de l'organisation à une conception organique de l'organisation a conduit à envisager différemment les rapports entre organisation et comportements des individus qui la composent. Les analyses américaines de l'organisation (Taylor, Bendix, Barnard, Simon, Perrow) défendent l'idée du contrôle et de la domination des individus par l'organisation[186]. Les sociologies françaises de l'organisation et des entreprises sont des approches centrées sur la liberté, l'autonomie et l'épanouissement des individus (Crozier, Friedberg, Bernoux).

Le premier « courant » renvoie alors au pilotage de l'organisation par certains (les gestionnaires) pour contraindre les actions des autres. L'organisation n'est pas neutre en ce sens qu'elle permet de diriger les actions. Le second « courant » rejette le déterminisme de l'organisation. Par exemple, selon D. Courpasson, Crozier et Friedberg, s'ils acceptent pourtant bien l'idée d'une contrainte externe, celle-ci n'est d'abord pensée qu'en tant que ressource pour les jeux d'acteurs, et en plus la contrainte ne préexiste jamais aux jeux puisqu'elle le rend possible. Toute idée de « gouvernement » est ainsi restreinte en valorisant, par contre, les notions d'accord, de conventions, de jeux, d'arrangements : *« L'organisation est un ensemble d'ordres locaux, contingents, réversibles, dans lesquels et autour desquels des interactions se négocient sans cesse, toujours au cas par cas. Il n'y a rien de stable dans cette organisation dissoute en réseaux d'action. Par conséquent, l'accord représente la figure de la stabilité »*[187]

Au sein de l'organisation, les instruments de gestion peuvent être considérés de manière optimiste, l'outil est alors une aide à l'action[188], ou de manière pessimiste, l'outil est alors source de contraintes[189]. Une position intermédiaire consiste à dire que l'organisation revêt tour à tour ces différentes caractéristiques : ainsi, l'organisation contraint les

---

[185] Enriquez E., 1997, op. cit.

[186] Courpasson D., *L'action contrainte, organisations libérales et domination*, Presses Universitaires de France, 2000, 320p.

[187] Courpasson D., 2000, op. cit. p. 86.

[188] Moisdon J.-C., *Du mode d'existence des outils de gestion*, Séli Arslan, 1997, 286p.

[189] Berry M., *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, Centre de Recherche en Gestion Ecole Polytechnique, 1983, 93p.

acteurs, mais de par les contraintes qu'elle définit donne en parallèle des marges de manœuvre pour les acteurs.

L'organisation n'est pas neutre, et son action dépend des individus qui la composent et des grandes orientations de celle-ci. Les contraintes que celle-ci crée et les marges de manœuvre qu'elle laisse sont variables. L'organisation est facilitante autant que contraignante. Ceci est d'autant plus vrai dans l'organisation hospitalière, qui se caractérise par de nombreuses règles pour contraindre les actions humaines, mais où la complexité des processus et la pluralité des parties prenantes donnent d'importantes zones d'incertitude et marges de manœuvre aux acteurs. Par conséquent, toute planification centralisée de l'activité hospitalière se trouve confrontée à la mise en œuvre personnalisée par les acteurs des orientations définies. Cette mise en œuvre se traduit dans, un premier temps, par un processus de déclinaison et d'appropriation des orientations par les acteurs locaux qu'ils commuent, dans un second temps, en différentes pratiques. De nombreuses réponses différentes peuvent par conséquent être apportées à une même orientation. Et quand on se situe dans un secteur où quoi que l'on fasse, l'expertise se situe toujours en dernier ressort au niveau du centre opérationnel, la première chose dont il faut s'assurer est la motivation des individus à agir dans le sens des objectifs communs du système. Avant de se poser la question des modalités de mise en œuvre du *comment*, l'hôpital doit se poser la question du *quoi* et du *pourquoi*.

Nous retenons dans la suite de notre thèse une typologie de l'organisation en regroupant les paramètres de l'organisation selon qu'ils concernent : les missions de l'organisation ; ses objectifs, ce qui pour nous se rapporte à la question du *pourquoi*, donc du sens de la performance ; sa structure qui regroupe l'ensemble des ressources et les paramètres de conception tels que définis par H. Mintzberg[190] ; et ses facteurs de contingence qui comprennent l'ensemble des contraintes auxquelles doit répondre l'hôpital, la technologie qui évolue rapidement et qui modifie les pratiques et les besoins, l'âge de l'hôpital qui conditionne fortement l'état de ses locaux et leur adaptabilité, les nombreux décrets, réglementations et normes qui prescrivent les objectifs, les résultats, mais aussi la structure.

De manière formelle, la coordination des actions dans les établissements de soins repose sur la standardisation des qualifications et sur la standardisation des procédés. L'accréditation, procédure conduite par l'ANAES vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement à l'aide d'indicateurs, de critères, de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement. On observe une forte spécialisation horizontale des postes de travail qui engendre de forts cloisonnements : sanitaire/social ; ville/hôpital ; curatif/préventif ; somatique/psychologique, court séjour/moyen séjour/long séjour ; général/spécialisé ; normal/pathologique. La détermination de recommandations de pratiques conduit à une perte d'autonomie des professionnels sur leur activité et à une centralisation de la décision concernant les choix diagnostics et

[190] Mintzberg H., *Structure et dynamique des organisations*, Editions des Organisations, 1982.

thérapeutiques réalisés pour atteindre les objectifs. L'organisation est alors de plus en plus contraignante pour les professionnels de santé par rapport à leur manière de faire.

La technologie est un facteur de contingence important. L'évolution technologique conduit à une mutation des techniques de plus en plus rapide, à une mutation des pratiques de plus en plus difficile à suivre pour les professionnels, à des changements, dans les spécialisations médicales et paramédicales, fréquents. Nous entendons ici, le fait par exemple que le développement de techniques endoscopiques a permis aux gastro-entérologues de prendre en charge certaines pathologies auparavant prises en charge par les chirurgiens digestifs. Les techniques chirurgicales sont de moins en moins invasives (développement des techniques d'interventions à l'aide de la radiologie par exemple), donc la répartition médecine/chirurgie se modifie et l'effet « génération » se ressent de plus en plus dans les pratiques. De plus, le passage de maladies aiguës à des maladies chroniques conduit aussi à revoir les modalités d'interventions de praticiens et notamment engendre un besoin accru de médecins « internistes » c'est-à-dire ayant une appréhension globale du patient.

L'organisation hospitalière a ceci de particulier par rapport aux entreprises des autres secteurs d'activité : elle englobe un nombre incertain d'établissements distincts. Mais surtout elle contient différents niveaux d'analyse : les niveaux national, régionaux et locaux. Si l'entreprise se trouve confrontée à des contraintes extérieures qui contingentent les autres paramètres de son organisation, elle définit elle-même ses objectifs et sa structure. Si l'entreprise doit s'inscrire dans un système économique et participer à son développement, elle dispose des mécanismes de marché pour évaluer son positionnement.

L'hôpital lui ne dispose pas des mécanismes traditionnels de marché pour évaluer son action au sein du système de santé, d'une part ; il est contraint sur l'ensemble des paramètres de son organisation, d'autre part. L'hôpital s'inscrit dans un système plus large de santé ce qui augmente le nombre de dimensions de sa performance et complexifie d'autant sa gestion, c'est-à-dire la définition de ses priorités et sa contribution à l'amélioration de la performance du système de santé dans son ensemble.

L'hôpital s'insère dans un système où chaque contrainte supplémentaire engendre une latitude supplémentaire pour les acteurs. La réponse aux dysfonctionnements actuels ne doit pas être recherchée en priorité du côté des instruments de planification et de contrôle, mais du côté des objectifs assignés au système et de l'adhésion des acteurs à ces objectifs.

1.2. L'HOPITAL : SOUS-SYSTEME DU SYSTEME DE SANTE

Qu'est-ce qu'un système de soins ?

Le mot système vient du grec *sunistenai* : *placer ensemble, grouper, unir*. Le mot système est utilisé pour désigner *« un ensemble d'éléments, matériels ou non qui dépendent réciproquement les uns des autres de manière à former un tout organisé »*[191].

[191] Lalande A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, 1902-1923.

On s'intéresse alors à un ensemble d'objets ainsi qu'aux conditions de leur constitution et de leur cohésion. La notion de système est indissociable de la notion de finalité en tant que caractéristique intrinsèque du réel étudié. La finalité est l'élément du système qui en crée l'unité. Les objets qui constituent un système sont des entités actives et mobiles à l'intérieur de milieux eux-mêmes évolutifs. Par conséquent, un système se déplace dans l'espace et dans le temps. Les caractéristiques de structure du système (sa masse, sa force, sa cohésion interne) vont se modifier dans le temps et l'espace avec un effet d'hystérésis (il n'y a pas de symétrie dans les événements).

Il ne peut y avoir ni « vie » ni « travail » si le système n'est pas approvisionné en énergie et en information au sens général. Cet approvisionnement est un processus liant le système à son environnement. L'environnement d'un système est non stationnaire : quelle que soit l'échelle d'observation, le couple système-environnement pris en considération est toujours susceptible de devenir un système. Selon l'échelle d'observation on nomme tour à tour système et sous-système les constituantes de l'organisation hospitalière. La constitution interne d'un système n'est jamais déterminée une fois pour toute. Le nombre d'éléments, les propriétés, le nombre et les qualités des liaisons entre les éléments se modifient dans le temps.

Von Bertalanffy (1973) définit le système comme *« un ensemble d'unités en interrelations mutuelles »*. Edgar Morin (1977)[192] définit le système comme *« unité globale organisée d'interrelations entre éléments, actions ou individus »*. Il adjoint un troisième élément central à savoir celui d'organisation des interrelations. En effet, le caractère unitaire du système n'est pas lié aux interactions en elles-mêmes mais bien à l'organisation de ces interrelations, aux principes organisateurs qui hiérarchisent, distancient et agglomèrent. Ces principes organisateurs sont contemporains et non pas antérieurs au surgissement des interactions. L'organisation selon E. Morin est *« l'agencement de relations entre composants ou individus qui produit une unité complexe ou système, dotée de qualités inconnues au niveau des composants ou individus »*[193].

Le mot soin vient de l'ancien français *soign* : *se soucier de, s'intéresser à*. À l'époque classique, soin a le sens de *« inquiétude, souci »* mais désigne aussi l'occupation, la charge qu'a une personne de veiller sur quelque chose. Le mot s'emploie spécialement dans *« avoir soin de malades »* d'où la définition de soins comme *« actes et pratiques par lesquels on conserve ou rétablit la santé »*[194]. Le sens du mot soin aujourd'hui est ambigu. Au plan individuel, la prise en charge du patient est implicitement décomposée en plusieurs types d'actes : les actes diagnostics, de prescriptions et d'interventions réalisés par le corps médical et le soin proprement dit réalisé par le personnel soignant où l'on distingue le soin direct au patient (le réalisation du soin « sur le patient ») et le soin indirect (qui correspond à l'organisation du soin par la prise de rendez-vous et l'accueil par exemple). Au plan global, en revanche on entend le soin comme l'ensemble de tous

[192] Morin E., *La méthode : la nature de la nature*, Points Essais, 1993, (1re édition 1977), Tome I, 235p.
[193] Morin E., 1992, op. cit.
[194] Rey A. (sous la direction de), *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 1993.

les actes réalisés pour prendre en charge une demande liée à une maladie perçue. La distinction est faite dans ce cas entre le système de soin qui prend en charge les maladies entendues comme une altération organique et/ou fonctionnelle considérée dans son évolution et comme une entité définissable, et le système de santé qui vise à maintenir et rétablir la santé de la population entendue dans un sens beaucoup plus large que l'état de non maladie. La santé définie par l'OMS est, rappelons-le, *« un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité »*[195]. Le système de santé s'étend alors à toutes les dimensions de la vie sociale quand le système de soins lui fait référence au dispositif mis en place pour la prise en charge de la maladie. Le système de soins est alors un ensemble d'éléments organisés, de pratiques coordonnées dans ce but.

Les entités qui constituent ce système sont l'offre de soins, elle-même constituée de la médecine de ville, du médico-social et de l'hospitalisation publique et privée, la demande de soins par les différentes composantes de la population, active ou non active, à bas revenus ou à hauts revenus et le financement des soins qui comprend l'État, les régions, les caisses d'assurances maladies, les mutuelles. Les interactions entre ces entités sont des flux monétaires, des flux de personnes et des flux d'information.

Le système de soins est-il un sous-système de santé ?

Le développement du système de soins s'est réalisé avec comme priorité d'intégrer les progrès de la médecine et d'obtenir une adéquation entre les dépenses et les ressources du système. Or ces objectifs provoquent parfois des comportements antinomiques avec les finalités du système de santé dont le système de soins constitue un sous-système. Ainsi, les arbitrages réalisés en faveur du développement d'un système essentiellement curatif au détriment du développement de la prévention posent les limites de l'intégration des actions du système de soins pour maintenir et améliorer l'état de santé de la population. Certains actes médicaux posent aussi le problème de leur pertinence au regard du « conflit » entre la logique médicale de l'acte technique pour maintenir en vie et la logique « santé » du respect des caractéristiques du patient et de sa volonté. La représentation qu'ont les acteurs du système de soins de l'individu en tant que patient (celui qui subit) est une représentation morcelée selon les disciplines médicales, selon les pathologies et selon la nature « sanitaire » ou « sociale » de la prise en charge avec des « ponts » fragiles entre les diverses constituantes. Les flux de personnes sont imparfaits dans la mesure où des problèmes d'accessibilité se posent et que le passage d'une entité à l'autre est difficile. Les flux monétaires eux répondent à des règles de continuité historique et non à des règles de pertinence et de cohérence globale, les flux d'information abondent, mais ne fournissent pas l'information pertinente aux acteurs.

On voit aujourd'hui un « système de soins » qui n'est peut-être pas un sous-système de santé dans la mesure où ses entités se sont constituées indépendamment les unes des autres avec de nombreux cloisonnements : cloisonnement ville-hôpital, cloisonnement public-privé, cloisonnement court séjour, moyen et long séjour. Les entités n'ont

[195] Organisation mondiale de la santé/fonds des nations unies, « Les Soins de santé primaires », *conférences internationales sur les soins de santé primaires*, OMS, Genève, 1978 ; p. 6.

d'interactions entre elles que lorsqu'elles y sont contraintes. En définitive, nous avons un système qui n'est pas un sous-système de santé dans la mesure où la communication avec l'environnement et les autres composantes de la santé est quasi inexistante : cloisonnement sanitaire-social, cloisonnement prévention-environnement. De fait, nous avons un système où les finalités locales ne concourent pas aux finalités globales. Lorsque la priorité affichée du système de soins est de rattraper les inégalités de ressources entre régions – sans mettre en exergue les inégalités régionales de santé – il n'est pas possible d'affirmer que celle-ci s'inscrit dans les finalités du système de santé. Il n'y a pas de véritable décentralisation des objectifs globaux, peut-être par conviction que les acteurs ont une rationalité illimitée et peuvent appréhender toutes les problématiques du système de santé en ayant une représentation des priorités de chaque compartiment de la vie sociale, peut-être par une foi excessive en la capacité des dispositifs de régulation macro-économiques à contraindre les acteurs à agir dans le sens commun. Selon certains, la mise en place d'une régulation par le contrôle des procédures a engendré des biais de comportement des acteurs et leur a donné les marges de manœuvre suffisantes pour satisfaire les intérêts locaux au détriment des intérêts globaux. Enfin, nous avons un système figé qui n'intègre que très lentement les évolutions de la société, un système lourd qui repose sur des habitudes de pratiques qui se maintiennent et s'entretiennent par la non-révision des systèmes d'éducation et de formation des professionnels, par les bastions érigés de toutes parts pour protéger et pérenniser chaque situation locale, pour renforcer les cloisonnements et délimiter les territoires.

Quelle conception du système de soins ?

Le système de soins ne peut se penser que comme un sous-système du système de santé avec des frontières mobiles qui se forment et se déforment selon la demande et les possibilités de réponse à cette demande. Un système fonctionnant comme un vaste réseau dans l'acception la plus optimiste de ce vocable. Les frontières du sous-système de soins doivent s'estomper pour se fondre dans les autres systèmes du système de santé, pour pouvoir parler véritablement de système de soins de santé. Le financement des soins est à présent soumis à des contraintes de « coût d'opportunité ». Les règles d'un jeu à somme nulle entre les différents compartiments du budget de l'état sont définies et les usagers eux-mêmes réalisent des arbitrages avec les autres facteurs de bien-être. Le système de soins ne peut plus être pensé comme une entité bornée mais comme dissout dans les autres systèmes.

La tendance actuelle à dissocier l'acte requérant la technicité du plateau technique de l'hébergement et du *nursing* traduit cette évolution dans les composantes du système de soins. Or, le développement contraint des réseaux et des structures hybrides d'alternatives à l'hospitalisation commence à se trouver confronté aux difficultés résultant de la compartimentation des entités des systèmes et de leur manque d'interaction, donc de cohérence d'ensemble dès que l'on aborde les problèmes de financement. Chaque entité du système de santé étant prise séparément, le système de santé est alors une juxtaposition d'entités sans lien entre elles au niveau de l'offre, de la demande et des financements. Le système de soins prendra tout son sens quand il développera un système de soins hors les

murs[196], un système de soins présent dans chaque composante de la vie sociale, un système de soins continu et omniprésent. Un système dont, telle la sphère de Pascal, *« le centre est partout et la circonférence nulle part[197] »*.

Cette description de l'organisation en tant que système souligne les influences de l'organisation. Plus l'activité est *différenciée* (spécialisation accrue des professionnels, et augmentation de leur nombre, départementalisation et segmentation de l'activité), plus l'activité doit être *intégrée*[198] autour du patient par des mécanismes de coordination « puissants ». *« Le système se différencie et le fonctionnement de ses parties séparées doit être intégré dans le système tout entier pour être valable[199] »*. L'éclatement sur le territoire de la trajectoire du patient par le développement de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile, par la dissociation géographique de l'acte technique, de l'acte de soins et de l'hébergement, nécessite une organisation *ad hoc* pour combiner et agencer les différentes tâches autour d'une même personne, organisation fondée sur les deux principes de différenciation et d'intégration. Fortement différenciée au niveau local, l'organisation hospitalière doit alors être fortement intégrée au niveau global. Or cette intégration repose avant tout sur la convergence des finalités des acteurs, car l'organisation ne peut contraindre ceux-ci jusque dans leurs finalités intrinsèques.

[196] Claveranne J.-P., Lardy C. (coord.), *La santé demain : vers un système de soins sans murs*, Economica, 1999, 298p.

[197] Pascal B., *Les pensées*, n° 230 « disproportion de l'homme », 1658, fragment « transition », Ed. Mercure de France, 1976 ; p. 126.

[198] Lawrence P.R. et Lorsch J.W., *Adapter les structures de l'entreprise*, Paris Editions de l'organisation, 1994 (première édition 1969), 237p.

[199] Lawrence P.R., Lorsch J.W., 1994, op. cit. ; p. 25.

2. LA PERFORMANCE LATERALE : REPONDRE AUX ATTENTES MULTIPLES DES PATIENTS

L'intégration de l'organisation hospitalière repose sur la convergence des objectifs dans le sens de la performance définie socialement. La différenciation elle repose sur les sous environnements distincts auxquels sont confrontés les acteurs. Pour s'adapter à l'environnement, les organisations se fractionnent en unités, et sous unités. Lawrence et Lorsch[200] ont montré que les unités qui composent toute organisation estiment faire face à des environnements d'incertitudes différentes. Les paramètres de l'organisation doivent alors respecter les spécificités de chaque contexte : c'est la différenciation. Dans ces conditions, la différenciation repose sur le fait qu'une même organisation est confrontée à des sous-environnement distincts, principalement de par la nature de la clientèle et de l'évolution des technologies correspondantes. Or, aujourd'hui, l'hôpital est fortement différencié, mais il est différencié sur la base de disciplines et de techniques médicales et non sur la base des différents besoins des patients. L'hôpital doit se différencier en fonction des patients qu'il prend en charge pour répondre à leurs besoins et non en fonction des caractéristiques des professionnels. Pour cela, l'hôpital doit être capable d'identifier clairement les différents types de patients qui font l'objet de son activité.

L'objet de la prise en charge peut s'appréhender de nombreuses manière différentes. Cet objet peut être pris dans son acception la plus étroite : le corps humain ; comme dans son acception la plus étendu : le citoyen. Entre le corps et le citoyen de nombreuses manières d'appréhender l'objet de la prise en charge existent aujourd'hui, manières qui se traduisent par l'utilisation de vocables distincts. Tour à tour, l'on fait référence au patient, à l'usager, au client, au consommateur, à l'assujetti, au citoyen, au sujet pour qualifier l'objet de la prise en charge.

Il est important de préciser les différentes caractéristiques de l'individu dans le système de soins car les critères de performance retenus implicitement par l'individu dépendent de sa position par rapport au système de soins. L'individu qui entre dans le système de soins pour une pathologie chronique incurable n'aura pas les mêmes attentes que l'individu qui l'intègre pour une intervention ponctuelle et rapide de type appendicectomie, ni que celui qui l'intègre pour une opération de chirurgie esthétique. Les caractéristiques de l'individu comme son âge, ses expériences et son entourage ont de même un impact non négligeable sur ses attentes vis-à-vis du système de soins. Et c'est sur ces bases que l'organisation hospitalière doit se différencier.

Dans cette section, nous présentons les différentes identités du patient dans l'organisation hospitalière, identités qui renvoient alors à une diversité des attentes et à un phénomène aujourd'hui d'amplification des attentes des individus vis-à-vis du système hospitalier.

[200] Lawrence P., Lorsch J., 1994, op. cit.

2.1. DE NOMBREUSES IDENTITES

« Le mot n'est pas innocent, aucun des mots employés ne saurait être innocent, même assimilés sous une même ambiguïté de définition[201] *»*. Un individu quelconque tombe malade, et rentre dans le circuit du système de soins pour y être soigné de ses maux. Or cet individu sera tour à tour appelé citoyen, usager, client, consommateur, assujetti, patient. ces appellations ne sont pas neutres et traduisent la manière d'appréhender cet individu dans les différentes sphères de la vie sociale. Dans un système codé, comme l'est le système de soins, le statut de l'individu dépend de la place qui lui est assignée par le nom qui lui est donné ; codé, le système de soins l'est par le fait même qu'il met en jeu certaines dimensions symboliques qui échappent au pur contrôle technique et scientifique d'une discipline comme la médecine.

L'intérêt d'une telle enquête de nomenclature est d'identifier les attendus concernant le sens du système dans son ensemble, différant en fonction des différentes nomenclatures utilisées pour désigner le malade dans le système de soins. La question n'est pas tant de pointer ces différences effectives de traitement qui sous-tendent ces différentes qualifications, mais de tenter d'approcher l'idée du système de soins qui « suit » ou anticipe le glissement d'un terme à l'autre : la différence de nomenclature pourrait signaler, pointer des différences effectives de traitements qui découleraient indirectement du statut éthique attribué à l'individu en question.

Dans les attendus déclarés du système, le traitement est normalement le même puisque le système est censé assurer l'égalité des traitements, quelle que soit la formulation administrative de l'individu souffrant et pris en charge par le système de soins. Mais le glissement qui se situe au niveau des attentes, des contrats implicites et conséquemment agissant sur les moyens d'action du médecin, ce glissement impose de prendre en compte les évolutions dans la dénomination de l'individu confronté au système de soins.

Citoyen = *« membre d'une communauté politique organisée*[202] *»*, par référence au modèle civique ancien et aux concepts romains de *civis, civitas*. Le mot s'est acclimaté dans le vocabulaire des institutions françaises répandu par les philosophes, notamment Rousseau, puis par la révolution de 1789 à la suite de laquelle le mot fut adopté comme titre et appellatif pour remplacer Monsieur et Madame. Ce terme a conservé un contenu affectif fort, lié à l'idée de patrie. Le citoyen participe à la vie politique par le régime politique démocratique. Il fait des choix et des arbitrages. Le terme citoyen dans le système de santé émerge notamment avec la volonté de faire participer les individus aux réflexions concernant les orientations du système de santé. Notamment ont été mis en place suite aux ordonnances de 1996 les états généraux de la santé sous l'intitulé « le citoyen de la santé ».

Usager = se dit aujourd'hui couramment d'une personne qui utilise un service public. Celui qui use d'une mise à disposition d'un outil extérieur, lequel a vocation à rester un

[201] Demichel S., « Client, patient, usager : le sujet de la santé publique », *Papier de recherche Graphos*, janvier 2001.
[202] Rey A. (sous la direction de), *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 1993.

outil qui ne met pas en jeu sa personne même. Il faut un complément d'objet direct à « usager ». On est un être entier en étant « usager », qualificatif neutre sur l'étant, usager de quelque chose ; il semble que la question de l'usager ne mette pas en question celle du sujet. L'usager dans la structure médicale, dans l'acception stricte d'usager, n'est pas strictement le patient, ce peut être un parent qui « use » pour un tiers des services d'un médecin. L'usager n'a pas le choix, au sens où il use d'un service public qui est un monopole. Le pendant de l'usager est l'assujetti, qui qualifie les personnes soumises par la loi au paiement d'un impôt, d'une taxe (contribuable, imposable, redevable) ou à l'affiliation à un groupement[203]. Quand il y a choix possible, on parle alors plutôt de consommateurs.

Le **consommateur**, strictement parlant, est en état, non de dépendance, mais au contraire de puissance sur l'outil dont il va user : « *le maître et possesseur de la nature devient maître de ses hormones et gènes (…) Ces sujets s'engagent de plus en plus dans la médicalisation de leur vie. Ils mènent les combats juridiques qui y sont liés et ne concernent pas exclusivement de mauvaises pratiques ou accidents, mais aussi la propriété du corps et de ses produits, les processus de décision médicale (…) Il s'agirait d'une évolution (…) émergeant dans une relation de service à l'égard non seulement des besoins, mais des désirs des individus*[204] ». Cette idée même de consommateur repose ainsi sur une réappropriation par la personne, par l'individu, d'un pouvoir d'action directe sur une trajectoire de soin, réappropriation fondée sur une limitation du transfert, non seulement de compétence, mais de responsabilité qui qualifie le rapport entre un patient et son médecin. Mais peut-on se poser en sujet sans maîtriser l'intégralité de la chaîne de décisions ? C'est justement la demande qui transparaît au travers des mutations sémantiques qui tournent autour du patient. Quelles sont les véritables demandes ? Ne se trompent-on pas quand on parle de client ?

Patient = celui qui souffre. Le patient n'est identifié qu'au sens où il a franchi une frontière existentielle, qu'il est en état de rupture, de passage d'un état normal à un état pathologique, et le système de soins a pour charge et responsabilité de remédier à cette transgression, de rétablir un ordre global mis à mal. Le pouvoir, non seulement technique, mais le pouvoir d'être sujet, est à celui qui détient une connaissance d'une norme biologique qui dépasse la personne même. Qualifier un être de patient est le mettre en position d'être rendu (toujours de façon passive) à un état normal sachant que dans cette perspective, la responsabilité de tout acte est entièrement prise en charge par l'agent actif, qui est justement le corps médical, seul reconnu capable d'agir. *Patient* suffit à qualifier l'état de dépendance à l'égard de la structure médicale et ne qualifie et reconnaît l'individu que dans la mesure stricte de cette dépendance. Le consommateur et le client demandent, le patient met le médecin en devoir d'agir par son état même.

---

[203] *Dictionnaire de la langue française*, Le petit Robert, 1991.

[204] Marange V., in « Médecine du désir et sujet bioéthique », in « La bioéthique, la science contre la civilisation » Le Monde-poche, Ed. Marabouth, 1998.

Qu'est-ce qu'un client ? Par analogie à l'économie de marché, un client a trois caractéristiques[205] : c'est quelqu'un qui paye toujours, c'est quelqu'un qui est libre, c'est quelqu'un qui représente une figure de l'altérité, c'est-à-dire l'autre. Ces trois caractéristiques sont essentielles pour raisonner et distinguer l'usager, du client, du public, de l'assujetti, du patient. Dans le système de soins, pouvons-nous alors parler de client ? Dans le système de soins il y a une grande difficulté à identifier celui qui paye. L'individu paye directement la partie du ticket modérateur non prise en charge par une Mutuelle, le reste est payé soit directement soit en différé mais par le biais d'un organisme de couverture sociale (Sécurité Sociale ou Mutuelle). Par conséquent, c'est l'assujetti qui paie. On se demande alors si le client est celui qui bénéficie de la prise en charge diagnostique et thérapeutique ou bien les organismes d'Assurance Maladie. La deuxième caractéristique qui est la liberté est un point essentiel. Le client est celui qui peut choisir un autre fournisseur. Cette caractéristique est essentielle car de par cette liberté de choix, le client met en concurrence les organisations et les aides à se transformer. Si l'hôpital a du mal à se transformer, c'est peut-être parce qu'il ne vit pas de ceux qui sont en son sein. La troisième caractéristique se rapporte à l'altérité, à la qualité d'être autre. Le patient est-il autre ? Nous ne saurions discuter cette caractéristique ici, mais le patient est autre autant que peut-être autre quelqu'un qui souffre et pour lequel les professionnels éprouvent de l'empathie.

La tendance naturelle des professions médicales est de parler de patient. Finalement, on ne parle de clientèle que quand on la revend[206], ou quand on l'achète. Le mot patient est un mot qui ne met pas sur un pied d'égalité celui qui exerce le métier et celui à qui on rend le service. Le patient, qui est censé être au cœur du système, a une vulnérabilité du fait de sa condition et un différentiel de compétences par rapport au médecin qui est évident. Mais tout individu qui tombe malade, et qui de fait se trouve extrait de son environnement social et en situation de vulnérabilité, veut être patient au sens où il veut que les professionnels de santé s'occupent de lui, qu'ils l'écoutent, qu'ils le prennent en charge, qu'ils prennent les bonnes décisions et qu'ils lui permettent de réintégrer son quotidien le plus rapidement possible. Tout individu malade souffre et veut être « choyé ». L'émergence des droits des patients ne change rien à cet état, l'émergence des droits du patient ne commue pas le patient en client. L'émergence du droit du patient vient simplement garantir que le patient sera correctement « choyé », en respectant son intégrité physique et morale.

Nous constatons cependant deux évolutions :

- La pression concurrentielle accrue vient du passage du « patient-usager » au « patient-consommateur », qui prend conscience qu'il a le choix et qui fait valoir ce choix comme critère d'évaluation des organisations de soins. Ce patient, qui reste patient au sens où il souffre, au sens où il est en rupture par rapport à son « rythme » social, au sens où il est

[205] Etchegoyen A., 2001, op. cit.

[206] L'arrêt du 7 novembre 2000 (D.2000, Irp.290) stipule que « la cession de la clientèle médicale, à l'occasion de la constitution ou de la cession d'un fonds libéral d'exercice de la profession n'est pas illicite… à la condition que soit sauvegardée la liberté de choix du patient. ». Ce qui fait écrire à Serra Y., « L'opération de cession de clientèle civile après l'arrêt du 7 novembre 2000 : dorénavant on fera comme d'habitude », *Le Dalloz 2001*, n° 28 ; p. 2295.

en situation de demande et de déséquilibre de compétences et connaissances vis-à-vis d'un ou plusieurs professionnels de santé, ce patient veut affirmer sa liberté de choix et affirmer son altérité en tant que possédant des capacités d'analyse et de discernement. Ce patient est un patient sujet, un patient acteur. Il veut participer à la conception de sa prise en charge, à sa mise en œuvre et à son évaluation et ceci en tant que citoyen, usager d'un service public, assujetti à un financement redistributif, consommateur de ressources et client.

- Les maladies chroniques plutôt qu'aiguës dominent à présent nos profils épidémiologiques. Les maladies chroniques ne peuvent être guéries, elles peuvent être maîtrisées et on peut s'en occuper bien ou mal. Parfois on peut les éviter ou les prévenir. La prise en charge de la grande majorité des maladies chroniques largement répandues, telles la tension artérielle, l'arthrite, le diabète, l'asthme, les maladies pulmonaires ou d'origine allergique, les insuffisances cardiaques, mais aussi le mal de dos et le mal de tête, est une prise en charge continue nécessitant une participation positive du patient et de sa famille. La chronicité de ces maladies implique que le patient ne soit pas extrait de son circuit économique et social. Aujourd'hui, le patient gère quotidiennement sa prise en charge et le système doit l'orienter, lui faciliter les décisions, lui donner l'information, le soutenir dans les moments de doutes.

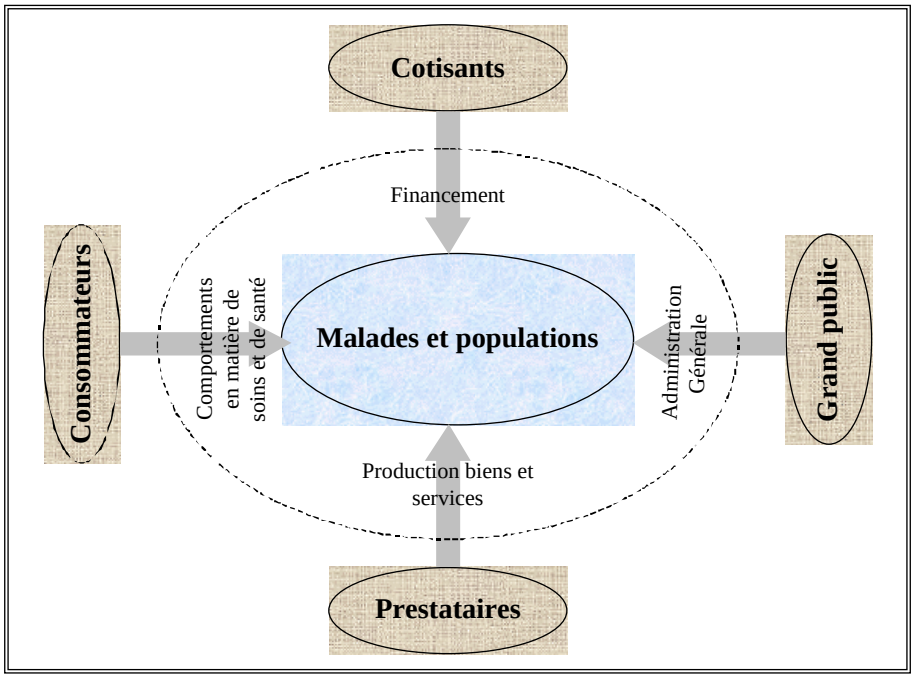
2.2. DES JEUX DE ROLES DES INDIVIDUS

« Les individus exercent les fonctions de prestataire, de consommateur, de bailleur de fonds et d'administrateur général tout au long de leur vie active, mais c'est à n'importe quel moment, de leur naissance à leur décès, qu'ils peuvent jouer le rôle de malade »[207]. L'action des individus dans le système de soins va au-delà du seul rôle de patients. C'est le patient qui est au centre de la prestation des services pour les prestations cliniques, et c'est la population qui est au centre des services de santé publique collectifs. Les individus sont parfois aussi des consommateurs, car leur comportement, y compris le choix des soins de santé qu'ils recherchent et utilisent, a une incidence sur leur santé. Le consommateur peut être le malade lui-même ou quelqu'un agissant en son nom, ou simplement une personne qui fait certains choix concernant son régime alimentaire, son mode de vie et d'autres facteurs de la santé. Il arrive souvent que le choix des individus, notamment en ce qui concerne les soins, soit influencé par la réaction du système. L'utilisation ne dépend pas seulement de la perception par le consommateur de la nécessité ou de la probabilité d'un service.

Les individus contribuent aussi au financement du système. Enfin, en tant que citoyens et notamment par l'intermédiaire des autorités chargées de les représenter et de défendre leurs intérêts, les individus participent à l'administration générale du système. Les individus doivent jouer tous ces rôles pour améliorer la performance du système de santé.

[207] OMS, *Rapport sur la performance des systèmes de santé dans le monde*, 2000, 161p. ; p. 57.

Figure 6 : Les rôles multiples des individus au sein des systèmes de santé (OMS 2000)



« Ce qui caractérise l'homme malade c'est que dans le système de soins qu'il ne connaît pas, il passe d'un statut à l'autre avec une très grande rapidité. Il est tour à tour consommateur, tour à tour client, tour à tour assujetti… et les statuts évoluent tellement suivant les cas qu'il est difficile de s'y retrouver et de bien penser sa propre responsabilité dans l'ensemble des questions de santé. Pour la personne physique, l'essentiel n'est pas d'être le citoyen dans le système de soins, qui reste abstrait, mais d'être une personne reconnue responsable et évaluant là où elle est, c'est-à-dire ici et maintenant »[208]. Les attitudes de l'individu relèvent de chacune des identités, identités qui s'expriment de manière plus ou moins forte selon l'espace et le temps. Or selon l'identité que revêt l'individu, ses attentes sont différentes. En tant qu'assujetti, l'individu veut réduire les dépenses de santé, en tant que professionnel de soins, il veut maintenir les emplois, en tant que patient, il veut un risque zéro et les meilleurs équipements à proximité. Cette ambiguïté dans les attentes des individus se répercute sur le système hospitalier dans son ensemble et accentue la difficulté à obtenir une vision partagée de la performance de l'offre de soins hospitalière.

2.3. DES EXIGENCES ACCRUES QUI ENGENDRENT DE NOMBREUSES PLAINTES DES PATIENTS

C'est dans la relation avec les professionnels de santé que le patient trouvera sa place dans le système, dans l'information qui lui est donnée et l'individualisation de sa prise en charge. *« Les circuits et la nature des plaintes sont multiples. Aujourd'hui, personne ne*

[208] Etchegoyen A., 2001, op. cit.

peut assurer que chaque plainte est instruite par le bon interlocuteur et dans des délais acceptables, ni que la réponse est satisfaisante sur les plans humain, médical et juridique[209] ». La cellule régionale audit évaluation de l'ARH Franche-Comté a recensé les motifs de plaintes comme suit :

Prise en charge des soins *52 % des plaintes*	Refus, absence Transfert par manque de lits Qualité des soins contestée Iatrogénie
Accueil et environnement *32 % des plaintes*	Hygiène Vétusté des locaux Manque de personnel soignant Conflits de personnels et problèmes relationnels
Facturations et honoraires *10 % des plaintes*	Facturation par l'établissement Facturation des honoraires Facturation des transports
Plaintes avec décès *4 % des plaintes*	-
Dossier médical et déontologie *2 % des plaintes*	-

Les plaintes concernant la prise en charge des soins représentent 52 % des plaintes. Ces plaintes concernent des événements de la prise en charge (refus, transfert, qualité contestée) qui relèvent la plupart du temps d'un manque d'information des patients. La qualité des soins pour le patient est le différentiel entre ses attentes initiales et la perception qu'il a du résultat de sa trajectoire de soins. Or, les attentes initiales tout comme la perception des soins reposent sur les informations dont dispose le patient et à partir desquelles il s'est construit son propre référentiel. Les attentes initiales ne font jamais l'objet d'une question lors de l'accueil du patient dans un établissement, de manière à faire converger ces attentes avec les capacités d'offre de l'établissement. D'autre part, les étapes de la prise en charge, les difficultés rencontrées et les modifications de celle-ci par rapport à la trajectoire initialement prévue font souvent l'objet d'un manque d'information.

La montée des plaintes et des procès est due pour une grande part, au fait que les patients veulent une explication qui ne leur est pas donnée lors de leur prise en charge. Ces derniers veulent comprendre pourquoi les résultats de cette prise en charge ne correspondent pas à ce qu'ils en attendaient. Les patients portent plainte pour être informé, pour savoir pourquoi cela ne s'est pas bien passé. Beaucoup de plaintes seraient évitées si les praticiens prenaient le temps d'expliquer aux patients et/ou à la famille les raisons de l'échec apparent de la prise en charge : c'est de la capacité des praticiens et de l'entité hôpital à répondre aux multiples attentes des patients que naîtra la performance latérale.

[209] ARH Franche-Comté, *Cellule régionale d'audit évaluation : Mise au point*, Document interne, 19p.

3. LA PERFORMANCE HORIZONTALE : COMBINER LES ENTITES DU NIVEAU LOCAL EN RESEAUX

L'hôpital doit trouver une forme d'organisation qui lui permette à la fois une forte intégration des finalités des acteurs du système (performance verticale) et une forte différenciation des réponses aux besoins de la population (performance latérale). L'organisation réticulaire représente aujourd'hui la forme d'organisation la plus adaptée pour concilier ces deux exigences (performance horizontale).

De fait, les réseaux existent depuis toujours dans le système hospitalier. *« Le réseau comme la filière de soins est aussi vieux que la médecine moderne*[210] *»*. Aujourd'hui, les acteurs institutionnels du secteur sanitaire et social se sont saisis de ce concept, avec comme hypothèse que la mise en réseau résoudra tous les problèmes du secteur. La volonté alors affichée est de développer les réseaux et de les formaliser pour en augmenter les performances. De par leur formation, de par leurs relations personnelles, les professionnels ont un réseau de connaissance qui constitue un ensemble de contacts privilégiés pour répondre aux besoins auxquels ils se trouvent confrontés : besoin d'un avis médical, besoin de trouver un lit d'hospitalisation par exemple. Les réseaux existent de fait dans le système hospitalier. Cependant, ces réseaux ne permettent pas de résoudre la variété de difficultés rencontrées dans les prises en charge. Une des nécessités actuelles est de passer de réseaux de fait à des réseaux formalisés, de passer de réseaux individuels à des réseaux institutionnels reposant sur l'explicitation des besoins et l'engagement des établissements par la signature de conventions indépendamment des individus qui les composent

Nous présentons dans un premier temps, quatre illustrations de réseaux de fait entre établissements qui n'ont pas permis d'assurer une qualité optimale des prises en charge et ceci par manque de formalisation des rôles de chaque partenaire dans chacun des types de trajectoires envisageables. Les réseaux, s'ils apparaissent aujourd'hui comme une forme organisationnelle permettant de répondre aux défis de l'hôpital, n'en nécessitent cependant pas moins – au même titre que l'organisation traditionnelle – une certaine formalisation et institutionnalisation de leurs paramètres pour être efficace. Nous présentons dans un second temps les essais de formalisation de réseaux impulsés par les tutelles et les difficultés que ceux-ci rencontrent dans leur mise en œuvre.

[210] Claveranne J.-P., Mornex R., « Réseaux et filières de soins et hôpital : essai de définition », *Revue Hospitalière de France*, n° 3, mai-juin 1998, pp. 316-320.

3.1. RESEAUX DE FAIT ET DEFAILLANCES DE LA PRISE EN CHARGE

La qualité de la prise en charge des patients est confrontée au cloisonnement des établissements de soins. La spécialisation des professionnels est de plus en plus forte et l'ensemble des compétences médicales sont rarement réunies sur un même lieu géographique. Cet état conduit à grever la qualité des prises en charge en augmentant le délai de réponse appropriée, en augmentant les risques d'erreurs de diagnostic et de thérapeutiques, en accentuant les troubles des patients liés aux nombreux transferts inutiles.

Nous présentons ici quatre exemples de trajectoires ayant nécessité l'intervention de plusieurs entités distinctes avec les difficultés d'articulation que cela engendre. Ces trajectoires ont été décrites par les médecins eux-mêmes qui y ont participé et dans le cadre d'une journée de travail sur les réseaux réalisées au sein du GRAPHOS. Il avait été demandé aux médecins de réunir des informations sur les dysfonctionnements qui affectaient la continuité dans la trajectoire des patients et obéraient la qualité des soins.

Nous présentons dans les encadrés suivants les trajectoires de soins présentées par les médecins comme illustration des dysfonctionnements rencontrés dans les relations avec les autres établissements du secteur sanitaire concerné.

Figure 7 : Trajectoire de soins n °1

Observation Docteur R *: août 1999 ; Consultation aux urgences pour hémiplégie de survenue brutale.*

Diagnostic effectué aux urgences et en Hospitalisation de Courte Durée (HCD) puis transfert en service de médecine (Dr P), toutes les investigations à titre diagnostic : fibroscopie, ponction transthoracique sont réalisées dans l'établissement.

Diagnostic réalisé dans l'établissement : cancer bronchique (anaplasique) présence de métastases cérébrales, mise en place d'un portacath (chambre implantable) avant transfert).

Transfert pour chimiothérapie à la clinique M et irradiations complémentaires

Hospitalisation à la clinique V le 2 octobre 1999 pour anémie et transfusion sur sigmoïde, avec réalisation d'une coloscopie à la demande du docteur B de la clinique M.

Suivi ultérieurement pour trois cures de chimiothérapie par le docteur Z de la clinique M. Un scanner et une scintigraphie osseuse sont pratiqués à la cure 3. Le médecin informé est le médecin traitant.

Le 18 janvier 2000 : hospitalisation à la clinique M pour une cinquième cure : bronchite traînante en cours. Réalisation d'un scanner cérébral avec injection. Apparition d'une détresse respiratoire inquiétante, début de traitement sur place et prélèvement bactériologique effectué et adressé à la clinique V (résultats ultérieurs non communiqués).

Le 18 janvier 2000 à 20 heures transfert par le SMUR à la demande du docteur B de la clinique M en unité de soins intensifs cardiologiques. Monsieur X est reçu par le docteur H de garde. Documents de transmission insuffisants. Propos aigre-doux entre le service de réanimation et le médecin de la clinique M (docteur W) qui a la responsabilité

du patient, mais n'est pas au courant du transfert. Le Médecin considéré comme responsable en unités de soins intensifs est le docteur P du service de médecine interne, le cardiologue (docteur H de garde est par chance cardiologue) assure la surveillance hémodynamique. Bilan biologique perturbé et mise en évidence d'un trouble de la coagulation. Mise en place d'un traitement.

Le 20 janvier 2000 : discussion entre les médecins de l'opportunité de poursuivre le traitement, choix dépendant du résultat du scanner pratiqué (résultat de la clinique M non parvenu à ce jour). Amélioration de l'état de santé du patient.

Le 22 janvier 2000 : transfert en médecine, normalisation des paramètres biologiques. Les résultats du scanner sont connus le 21 janvier 2000. La thérapie a eu une efficacité de plus de 50 % selon les médecins. Par conséquent, la poursuite du traitement curatif est décidée.

Le 25 janvier 2000 : contact téléphonique avec le docteur B de la clinique M. Accord de transfert 48 heures et retour ultérieur à son domicile.

Le 2 février 2000 : à 22 heures 40, aggravation d'un trouble neurologique. Hospitalisation par le médecin traitant aux urgences de l'établissement. La malade est annoncé comme en phase terminale par la famille au médecin de garde des urgences qui transmet l'information dans le dossier du patient…

Interrogation

Ce dossier est conforme à ce qui a été programmé hormis le rôle de l'interne de cardiologie qui est un cardiologue en formation et non un réanimateur (ce point a été repris en collège des médecins après l'événement). Le problème de la responsabilité des internes est soulevé.

Dysfonctionnements multiples

- Transmission des informations défectueuse.
- Nombre d'intervenants important.
- Lieux des examens éclatés (diagnostic et suivi en particulier en imagerie).
- Lieux des prélèvements : adressage à des sites différents des sites de traitement.
- Pas de définitions précises des données et des vocabulaires, manque de culture collective.
- Informations discordantes des familles et pas de vérification de la bonne compréhension des explications.
- Transferts successifs de responsabilités entre les médecins de l'établissement, de la clinique M et de la clinique V.

Figure 8 : Trajectoire de soins n°2

Observation docteur P : décembre 1999 : garde d'orthopédie

Le 4 décembre 1999 une patiente de 70 ans sort de la clinique B après la mise en place d'une prothèse de hanche gauche.

Le 5 décembre 1999 début de soirée : blocage brutal et douleur de la hanche gauche. Appel clinique B : l'information donnée est la suivante « il n'y a plus d'urgences à la clinique B, appeler SOS médecin ».

Le 5 décembre 1999 : appel SOS médecin : diagnostic de luxation de prothèse, appel clinique B établissement : plus de place de disponible et décision de transfert au CHU.

Le 5 décembre 1999 à 22H : arrivée au CHU, négociations, problème de place. Patiente réadressée à l'établissement

Le 6 décembre 1999 à 1H du matin, patiente arrivée directement au bloc opératoire, prothèse déluxée sans problème, hospitalisation en médecine faute de place en chirurgie.

Pendant tout son périple, la patiente a énormément souffert.

Dysfonctionnements multiples

- Réponse non adaptée à la clinique B.
- Le CHU aurait dû être prévenu et le refus de prise en charge clairement exprimé avant que la patiente ne soit dans leurs locaux.
- Le chirurgien orthopédiste de garde aurait pu gérer lui-même ce problème d'orientation d'une patiente sortant la veille d'un établissement du même groupe.
- Non prise en compte de la douleur de la patiente qui représente une véritable urgence.

Figure 9 : Trajectoire de soins n° 3

Observation docteur BE : novembre 1999 : médecine interne

Femme de 75 ans entrée aux urgences et transférée en médecine interne pour angiocholite lithiasique.

Instauration du traitement avec évolution favorable.

Organisation d'un transfert à la clinique B pour geste diagnostique et thérapeutique.

Réhospitalisation dans l'établissement d'accueil pour suivi post-cathétérisme.

Dysfonctionnements multiples

- Le transfert du patient : la transmission des données est défectueuse, le transfert est mal vécu par le patient.
- Lors de la prise en charge à la clinique B, personne n'a assuré le suivi, notamment après le geste technique. : aller-retour du patient et dilution des responsabilités.
- Lors de la survenue de ce type de prise en charge le week-end, les problèmes de suivi sont encore plus fort, car le médecin de garde n'assure pas le relais.

Figure 10 : Trajectoire de soins n °4

Observation docteur A janvier 2000 : médecine interne

Le 23 décembre 1999 : patient de 70 ans entré aux urgences pour douleur abdominale et fièvre. Hospitalisation aux urgences. Le diagnostic réalisé confirme une insuffisance rénale, une infection urinaire et la présence d'un rein dilaté. Le service d'hospitalisation de courte durée étant fermé, transfert du patient en service de médecine.

Le 24 décembre 1999 : confirmation au scanner d'une infection sur un obstacle calculeux du rein droit. Nécessité d'un geste chirurgical. L'urologue de l'établissement à temps partiel est en congé. Contact pris auprès de l'urologue de la clinique B.

Le 24 décembre 1999 : transfert du patient à la clinique B. Prise en charge immédiate par le docteur U. Le suivi ultérieur sera assuré par le docteur H de l'établissement.

À noter, pas d'éléments évolutifs le 21 janvier 2000. Courrier non transmis.

Dysfonctionnement

C'est le patient qui s'est déplacé pour être à disposition des praticiens. Ne peut-on envisager que ce soit le médecin qui se déplace et non le patient afin d'éviter à ce dernier des transferts ?

Les quelques cas notés ci-dessus ne sont pas des cas extraordinaires. Ce sont des cas représentatifs des difficultés rencontrées quotidiennement par les professionnels hospitaliers. De fait, l'activité médicale nécessite l'intervention de nombreux acteurs relevant d'entités distinctes, acteurs appartenant à d'autres institutions de soins ou acteurs appartenant au système ambulatoire, acteurs relevant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique ou acteurs relevant des activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation ou de long séjour.

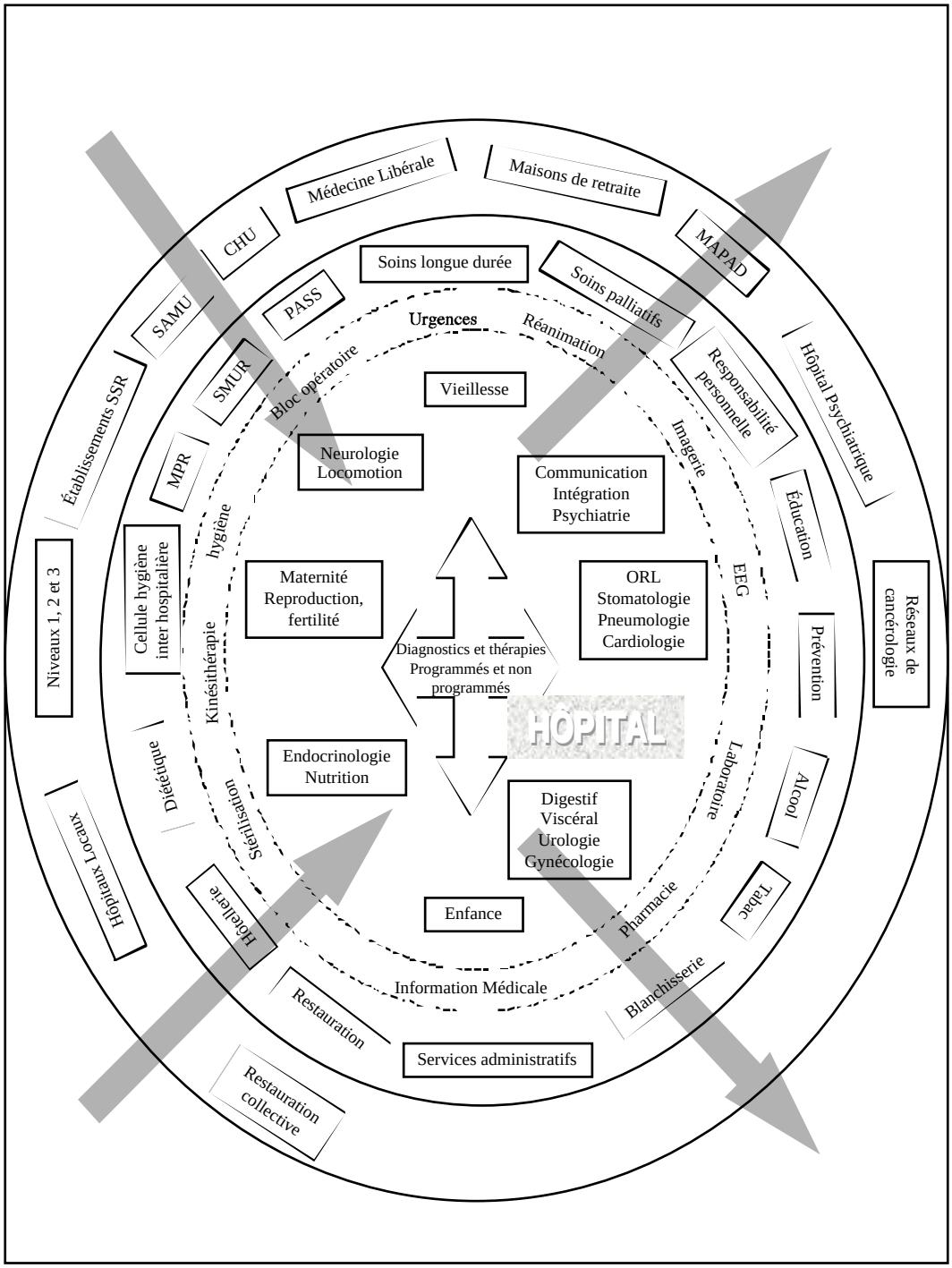
Les établissements de soins doivent être appréhendés différemment aujourd'hui, non plus comme des entités fermées qui « hospitalisent ». Eu égard à sa demande de soins, le patient occupe donc une place centrale. L'activité hospitalière, à savoir la médecine hospitalière, pose de nouvelles exigences en ce qui concerne le concept hospitalier. Ainsi, on constate que les activités de médecine et de chirurgie finissent peu à peu par se confondre : la gastro-entérologie « grignote » du terrain sur la chirurgie viscérale par le développement de l'endoscopie liée à des techniques de dilatation. De même les radiologues « grignotent » du terrain sur certaines activités chirurgicales.

Dans la conception actuelle de l'hôpital, existe encore une subdivision entre services. Ceci conduit à l'instauration de « territoires » pour chaque spécialité et pour chaque praticien. Territoires auxquels ceux-ci sont très attachés. Il arrive parfois que lorsqu'un patient relevant de la chirurgie est hospitalisé en service de médecine pour cause de manque de place en chirurgie, les surveillantes de médecine aient beaucoup de mal à faire venir les chirurgiens pour les visites post-opératoires et pour les formalités

administratives de sorties du patient. Parfois les patients ne relevant pas de la spécialité dans laquelle ils sont hospitalisés sont « oubliés » dans leur lit. À l'heure où l'on prône la prise en charge centrée sur le patient, il paraît paradoxal de faire se déplacer le patient d'un service à l'autre dans un même établissement avec toutes les difficultés administratives que cela comporte et les ennuis induits pour le patient.

Nous présentons dans le schéma suivant la place d'un établissement de soins de court séjour dans le système de soins.

Figure 11 : L'hôpital dans son environnement



Un établissement de soins de court séjour est en réseau de fait avec la médecine libérale car la médecine libérale lui adresse de nombreux patients. Un établissement de soins est en réseau de fait avec les établissements de soins de suite et de réadaptation ainsi que les établissements spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées plus ou moins dépendantes (MAPAD, maisons de retraites), établissements qui assurent les suites de l'épisode de soins aigu de court séjour. Un établissement de soins de court séjour est en réseau de fait avec d'autres établissements de soins de court séjour pour partager les ressources humaines et matérielles. Un établissement de soins de court séjour est en

réseau de fait avec les établissements psychiatriques, les centres de désintoxication, les centres de prévention. L'hôpital, de fait, est en relation avec de nombreux partenaires distincts, mais ces relations la plupart du temps ne sont pas formalisées ni même conscientes.

En clair, la réponse apportée par les réseaux de fait entre établissement ne permet pas de répondre aux besoins des prises en charge de manière optimale. Par conséquent l'organisation réticulaire doit être envisagée de manière beaucoup plus explicite et formalisée.

3.2. RESEAUX FORMALISES ET DIFFICULTES ORGANISATIONNELLES

Un réseau, originellement, n'est qu'un graphe, c'est-à-dire une représentation structurée et mathématique d'un ensemble de liens entre des sommets. Le réseau se définit comme un ensemble de relations qu'une entité entretient avec d'autres entités, et ce, indépendamment de l'entité concernée (que celle-ci soit une personne, une entreprise, une administration ou autre encore), de la nature de la relation (relation hiérarchique, alliance entre concurrents, relations de marché, mais aussi relation amicale et relation affective), de la fonction de la relation (approvisionnement, technologie, vente, production, financement) et des caractéristiques de cette relation (durée, engagement, objectifs)[211]. Une telle définition du concept de réseau conduit à qualifier de réticulaire tous les types d'organisations et tous les acteurs de l'organisation dans la mesure où ceux-ci réalisent des échanges avec l'extérieur. Chaque acteur dispose d'un réseau qui lui est propre, réseau qu'il mobilise selon des besoins et envies personnels ou de la structure dans laquelle il s'inscrit.

L'utilisation du concept de réseau pour qualifier toutes les relations n'apporte alors aucune compréhension accrue des phénomènes organisationnels observés. C'est pourquoi, ce vocable renvoie aujourd'hui à des formes d'organisation plus particulières. En effet, le développement du concept de réseau en sciences de gestion résulte du besoin de marquer une rupture par rapport aux théories de l'organisation. Au fur et à mesure que l'organisation « classique »[212] fond, que ses frontières s'estompent, les théories organisationnelles standards manquent d'un éclairage suffisant et perdent en pertinence pour analyser les nouvelles organisations et prendre en considération le tissu de relations nouées transversalement aux entités.

Dans le secteur sanitaire, l'ANAES[213] définit un réseau de santé comme *« une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de*

[211] Geindre S., « L'influence du profil des dirigeants sur le réseautage en P.M.E. ». in Ingham M (sous la direction de), *Perspectives en management stratégique*, Editions Management Société, 1997-1998, Tome V, 264 p.

[212] La notion d'organisation « classique » renvoie à une entité juridique au périmètre défini avec comme mode de coordination des actions une organisation sociale dans laquelle chacun se trouve dans une série ascendante de pouvoir ou de situation : la hiérarchie.

[213] ANAES, *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, août 1999, 140p.

santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants ».

Pour l'ANAES, le réseau de santé renvoie tout d'abord à une forme d'action collective « organisée », c'est-à-dire qui se déroule suivant un ordre, des méthodes ou des principes déterminés. Cet énoncé élimine les réseaux informels d'échanges résultant des habitudes et des pratiques professionnelles. Ceci traduit la volonté de passer d'une forme individuelle à une forme organisationnelle des réseaux. En deuxième point, le réseau de santé doit répondre à un *besoin de santé*, celui-ci doit par conséquent s'inscrire dans les objectifs de santé publique affichés par les organismes tutélaires. *In fine*, le réseau est défini comme *transversal aux institutions et aux organismes existants*, ceci signifie qu'un réseau va faire appel à des ressources, à des moyens, à des compétences qui ne sont pas placés sous une même autorité et qu'il va falloir coordonner afin que leurs actions concourent ensemble à l'atteinte d'un même objectif. L'originalité du concept de réseau réside justement dans ce troisième élément de la définition retenue. En revanche rien n'est spécifié sur la nature elle-même des relations et sur la répartition des pouvoirs.

En clair, la définition d'un réseau est *« une structure d'échange entre entités qui concourent solidairement à la satisfaction d'une même demande finale*[214] *»*. En théorie, il permet donc l'échange d'expériences et/ou le partage de ressources prolongés dans le temps entre des entités juridiquement indépendantes, animées par des objectifs communs. Le réseau n'a, par conséquent, pas de frontière et son périmètre varie dans le temps et dans l'espace selon les coordinations nécessaires pour la réalisation des objectifs : il constitue une toile de potentiels, tant de trajectoires de soins et d'échanges d'informations que de voies sans issues.

1.1.1. Les objectifs explicités des réseaux

Nous relevons dans *« Les principes d'évaluation des réseaux de santé »* définis par l'ANAES trois types d'objectifs affichés :

Objectifs liés à l'organisation de la prise en charge : le secteur sanitaire est confronté au même type d'évolution de l'offre de biens et services que les autres secteurs : nous observons un phénomène de diversification de l'offre de soins et un phénomène de différenciation qui engendrent un éclatement spatial et temporel de l'offre et une spécialisation très forte des professionnels. Dans cette offre de soins, le profane ne peut coordonner seul les actions dont il a besoin et le réseau doit lui assurer une combinaison cohérente de l'offre de soins en le guidant dans la « toile des potentiels ».

Objectifs liés aux connaissances et compétences des acteurs : la spécialisation des professionnels de santé conduit à un éclatement des savoirs et des savoir-faire. La mise en réseau doit assurer un apprentissage mutuel, réduire la variabilité des pratiques en favorisant la mise à jour des connaissances et l'amélioration des technologies médicales et de leur utilisation.

[214] Barbant J.-C., Chanut P., « Les réseaux créateurs de richesse », *Gérer et comprendre*, n° 15, 1989, pp. 16-27.

Objectifs de réduction des coûts : l'amélioration de la coordination des actions et l'harmonisation des compétences et des pratiques auront comme effet de réduire les charges injustifiées.

À ces objectifs manifestes s'ajoutent des objectifs implicites :
Supprimer le caractère aléatoire de la coordination réticulaire actuelle pour mieux contrôler et évaluer les acteurs afin d'orienter les actions vers les missions du système de santé : les réseaux informels sont *intuitu personae* et reposent sur l'intérêt ou sur la passion[215]. Par conséquent les périmètres des réseaux se modifient de manière erratique et imprévisible pour les institutions tutélaires. La volonté de mise en réseau se traduit par une formalisation et une normalisation du concept et par conséquent vise à réduire les incertitudes inhérentes à la « main invisible ». Cependant, cette formalisation réduit le champ des possibles du réseau en obligeant à une définition et à un dénombrement des composantes du réseau (les nœuds) et à une détermination de la nature de l'échange entre les nœuds. Ceci semble traduire une contradiction entre l'objet et le sujet. En effet, la formalisation du réseau conduit à créer des frontières stables du réseau et l'inclusion dans le réseau conduit à l'exclusion. On retombe dans une dichotomie *« insider/outsider »*. Ce phénomène conduit à une sorte de « sélection naturelle » des structures non engagées dans un réseau. L'orientation vers de nouvelles formes d'organisation de l'activité sanitaire et sociale relève, selon l'interprétation que nous en faisons, de la volonté de supprimer certaines institutions. À terme, les structures qui n'ont pas une activité s'inscrivant dans les priorités fixées par les institutions régulatrices devraient disparaître.

Les objectifs résultent des besoins factuels pour avoir une organisation pérenne dans l'environnement actuel. Nous nous posons alors la question de savoir en quoi le réseau est aujourd'hui envisagé comme l'instrument de gestion résolutif.

Au-delà des objectifs définis par l'ANAES, les réseaux constituent les instruments clefs pour répondre aux nécessités actuelles du secteur hospitalier :

- **Une réponse aux difficultés d'orientation**

  Le réseau est sans centre et sans point de passage obligé, il est *« l'ensemble des chemins possibles existants à un moment donné sur un territoire pour un type de prise en charge ou un type de pathologie afin d'atteindre les objectifs communs »*[216]. Le réseau peut engendrer de nombreuses trajectoires de prise en charge différentes tout en étant adaptées aux besoins. En théorie, le réseau répond aux difficultés d'orientation des patients car, quel que soit le point d'entrée dans le réseau, le patient devra obtenir une prise en charge performante. Le réseau oriente le patient pour s'assurer que les soins adéquats lui soient dispensés, en un juste temps, en un juste lieu avec de justes moyens.

  Le réseau simplifie l'accès au soin par l'établissement d'un interlocuteur unique pour le patient et une orientation claire, définie par des procédures de coordination entre les entités du réseau. La lisibilité de la prise en charge est améliorée pour les patients et

[215] Hirschman A., *Les passions et les intérêts*. *Justifications politiques du capitalisme avant son apogée*, Presses Universitaires de France, 1997, 135p.
[216] Claveranne J.-P, Mornex R., 1998, op. cit.

ceux-ci disposent théoriquement de plusieurs points d'entrée dans le réseau (par leur médecin de ville, par l'accueil dans un établissement par exemple). Cependant, nous nous posons la question de la pertinence de l'existence de plusieurs réseaux sur un territoire donné pour un même type de prise en charge. Le réseau ne revêt alors plus la forme d'une toile des potentiels mais plutôt celle d'une filière. Selon l'appartenance réticulaire du nœud d'entrée du patient, sa trajectoire est déterminée et l'on retrouve alors une part d'aléatoire dans l'adéquation de la prise en charge. Cette représentation du réseau repose sur l'homogénéité des besoins des patients selon leur pathologie.

- **Le réseau pour manager la souplesse et les coûts de transaction**
  Selon R.H. Coase[217], l'organisation hiérarchique répond au souci d'économiser des coûts que doit assumer un producteur lorsqu'il cherche à apprécier les besoins du marché, les techniques ou les facteurs de production. Si l'entreprise doit supporter les coûts liés à son fonctionnement, elle économise en contrepartie certains coûts d'échange ou de transaction[218] qui naissent lors d'échanges sur le marché. Or, aujourd'hui les coûts de coordination sont la constituante majeure des coûts de transaction. Les Technologies de l'Information et de la Communication réduisent les coûts de l'information : la diffusion de l'information ne nécessite plus obligatoirement le transport physique d'un support papier ce qui permet de réaliser des gains de temps et de moyens lors d'échange avec des entités externes. Le besoin d'internalisation des fonctions est moins fort et la « variabilisation » des charges qu'engendre l'externalisation de certaines activités diminue les contraintes de gestion. Le réseau permet de diminuer les coûts de transaction liés aux risques d'aléa moral d'une situation d'échange ponctuelle sur un marché et les coûts engendrés par la rigidité d'une organisation où toutes les activités sont internalisées.

À titre d'illustration, nous avons relevé qu'un des dysfonctionnements importants pour les hôpitaux de court séjour à l'heure actuelle est la difficulté à trouver des lits de soins de suite et de réadaptation. Si les établissements de court séjour recherchent des places « sur le marché »[219] la réponse est souvent longue et le placement difficile. Dans les faits, les acteurs utilisent leurs réseaux personnels informels pour trouver des possibilités de placement plus rapide : de médecins à médecins, de cadre infirmier à cadre infirmier… Mais ces relations conservent un caractère aléatoire et *intuitu personae* (ce qui pose des problèmes lors de l'absence des personnes ressources). Pour palier ce dysfonctionnement, l'hôpital peut alors envisager la création d'un service de soins de suite et de réadaptation en interne, mais cela augmente les charges fixes, renforce la rigidité de l'organisation et

[217] Coase R.H. « The Nature of the Firm », *Economica*, vol. 4, 1937, pp. 386-405 ; Traduction française : *Revue Française d'Economie*, vol. 2, n° 1, 1987, pp. 133-163.

[218] Arrow K.J., « The Organization of Economic Activity : Issues pertinent to the Choice of Market vs Non-Market Allocation », 1970, cité in Ménard C., *L'économie des organisations*, coll. La Découverte, 1995, 126p. Arrow définit les coûts de transaction comme "les coûts de fonctionnement du système économique". Leur composante essentielle est la recherche de l'information, premier constituant de l'activité de recherche du "prix adéquat" sur un marché. Les coûts de transaction sur le marché sont aussi constitués des coûts engendrés par la négociation, par les efforts de standardisation et de certification des biens échangés…

[219] Nous entendons ici « sur le marché » dans le sens où un hôpital va contacter tous les établissements de soins de suite et de réadaptation sans convention avec aucun des établissements.

surtout a peu de chances de s'inscrire dans le cadre de la planification régionale de l'offre de soins.

Le passage d'une forme individuelle à une forme organisée de réseau traduit la nécessité d'un compromis entre le marché et la hiérarchie, en permettant l'instauration d'une relation formelle et prédéfinie selon les objectifs de chacune des parties prenantes, indépendantes des personnes elles-mêmes (interchangeabilité des individus), tout en gardant la souplesse du fonctionnement. L'organisation en réseau se différencie du marché, dans lequel les échanges de ressources et de connaissances sont rendus difficiles en raison de l'anonymat des entités autonomes. Elle diffère également de l'entreprise intégrée dans laquelle les unités perdent leur indépendance juridique. Le réseau offre un cadre suffisamment stable en théorie pour fidéliser des relations entre entités autonomes et suffisamment flexible pour que ces relations ne soient pas figées à l'avance par la hiérarchie[220].

Il semble que l'engouement actuel pour les réseaux de santé occulte quelque peu toutes les difficultés réelles à les mettre en place et à les rendre performants. Un réseau ne se décrète pas, il se construit dans le temps et dans l'espace avec toutes les parties prenantes en considérant les besoins et intérêts de chacun. Nous pensons que le secteur est tiraillé entre l'injonction de se « mettre en réseau » et les difficultés concrètes de mise en œuvre. La formalisation « centralisée » des composantes de l'organisation, la réponse formelle et partielle des acteurs, l'engagement « sans réfléchir » dans ces nouvelles formes d'organisation de l'activité sanitaire et sociale représentent peut-être un passage obligé, une période de transition, où, face à l'inconnu, chacun des acteurs compte sur l'émergence de nouveaux outils *ad hoc*. Le réseau sera peut-être à la santé des populations « ce que la clinique a été à l'origine à la santé individuelle : un cadre adapté à la mise en lumière des phénomènes qui peuvent contribuer à l'amélioration de l'état de santé d'une population particulière, et un cadre suffisamment reconnu et protégé pour qu'on puisse s'y autoriser une réactualisation des savoirs et des modes d'organisation dans lesquels ils peuvent s'exprimer[221] ».

Nous présentons dans la sous-section suivante les travaux de recherche menés sur la mise en œuvre de la prise en charge dans un réseau de santé.

1.1.2. La constitution du réseau

Quelles sont les conditions nécessaires pour avoir un réseau performant ? Nous nous intéressons aux paramètres de l'organisation d'un réseau.

[220] Bressant A, Distler C., Nicolaidis K., « Vers une économie de réseau », *Politique Industrielle*, hiver, 1989, pp. 155-168.

[221] Brémond M., « De l'analyse de la performance hospitalière aux pratiques coopératives dans le système de santé : un parcours initiatique autour du thème « réseau » », in groupe IMAGE, *Les réseaux en question*, éditions ENSP, 1998, 99p.

Le champ de l'organisation

Les objectifs du réseau conduisent à la détermination d'un cahier des charges par les entités qui souhaitent établir un réseau, à la tutelle ensuite d'agréer le réseau en fonction des ses objectifs propres qui recoupent, mais dépassent, ceux des entités. Le réseau est une conjonction d'entités qui fonctionnent en vertical, et il se structure dans la combinaison de cette verticalité avec la transversalité de son organisation. Ce mouvement structurant ne se réalise pas forcément dans l'intérêt du patient et les objectifs réels des acteurs du réseau sont parfois loin des objectifs affichés pour s'inscrire dans le cadre des préoccupations tutélaires, d'où un souci accru de ces dernières de normalisation et d'évaluation.

Les activités correspondent à l'ensemble des actes coordonnés réalisés pour répondre aux objectifs d'offre de soins. L'organisation du réseau passe par une logique de détermination dans le préexistant du *quoi faire*, du *quoi faire-faire* et du *quoi faire ensemble*. Les caractéristiques de l'organisation doivent réussir à concilier l'expression des compétences individuelles et une certaine souplesse des ajustements mutuels pour favoriser l'investissement et la réactivité personnels avec la mise en œuvre de dispositifs de coordination/coopération suffisamment structurés pour permettre une représentation formelle et cohérente des interventions de chacun.

L'action ordonnée et coordonnée des hommes sur et par un projet est mise en œuvre par la création d'une organisation *ad hoc* conçue et créée pour mener à bien ce projet par la combinaison des divers paramètres cités ci-dessus et notamment de manière prégnante dans le secteur sanitaire par la définition des modes de prise de décision en situation d'incertitude.

Le réseau est constitutif des entités, mais dépasse les entités ce qui crée une dimension supplémentaire de la performance organisationnelle pour l'organisation réseau qui est de se combiner « harmonieusement » avec les entités. De manière plus précise, l'approche organisationnelle de la performance conduit à prendre en compte dans l'analyse tous les paramètres de l'organisation et non plus seulement ceux d'atteinte des objectifs avec le minimum de ressources. À la vision mécaniste de l'organisation hospitalière se substitue une vision organique. L'activité de l'organisation et ses performances sont le résultat de nombreux éléments, humains ou non, en interactions avec des logiques propres et des rationalités limitées.

L'organisation des réseaux

Dans les faits, le réseau est généralement repéré par sa mission en occultant les objectifs : la mission est généralement connue, mais elle n'est pas déclinée en objectifs précis.

- **Les objectifs** sont à définir à partir des ressources et des activités qu'on peut mettre en œuvre. Le cahier des charges du réseau doit être clair, connu et accepté par chacune des parties prenantes. Les objectifs sont précis et sont formulés en termes d'attentes spécifiques, de démarche et de calendrier. Or, les textes constituant les réseaux mentionnent généralement la mission principale (expression d'une priorité de santé

publique) et les partenaires du réseau, mais ne définissent pas les objectifs communs fixés. Autant les acteurs concernés par le réseau en connaissent la mission, autant ceux-ci sont souvent incapables d'en définir les objectifs. Or, la difficulté majeure est d'articuler les objectifs du réseau avec les objectifs propres des entités qui le constituent. Sans décentralisation ni diffusion des objectifs du réseau, les acteurs continuent à poursuivre les objectifs de leur institution d'appartenance. La connaissance des objectifs du réseau est une condition nécessaire à la coordination des acteurs dans une organisation où chaque entité est autonome et a le pouvoir de prendre des décisions.

Les activités découlent des objectifs et les conditionnent en retour. Il y a nécessaire ajustement entre les objectifs et les activités. Or, les documents constitutifs de réseaux dont nous avons eu connaissance abordent sommairement les activités concernées par le réseau dans les activités préexistantes et les activités nouvelles à développer. Les objectifs n'étant pas décentralisés, les acteurs parviennent difficilement à adapter leurs activités. Les objectifs restent alors l'affaire de quelques-uns et les activités sont par conséquent difficilement adaptées aux objectifs. Il nous semble que la réflexion organisationnelle n'est pas menée à son terme tant sur les objectifs à atteindre que sur les activités à mettre en œuvre pour les atteindre.

• **La structure du réseau**

La durée comme mode d'ajustement et d'adaptation des actions : une relation longue est nécessaire pour que les parties se connaissent, s'évaluent et s'apprécient. Il s'agit d'une base de création de valeurs communes, nécessaires à la construction de la relation de réseau. La durée permet le développement de relations plus personnelles ; il y a socialisation de la relation et progressivement encastrement[222]. Le long terme favorise la réciprocité, l'apprentissage, l'échange d'informations et engendre la confiance[223]. L'organisation en réseau de par ses caractéristiques de souplesse et de non hiérarchie a besoin de temps pour ajuster ses composantes les unes avec les autres et obtenir un système cohérent et pertinent.

La confiance comme mode de coordination et de contrôle des actions : la confiance est basée sur la réputation et les performances passées. Elle se construit autour de liens personnels et d'attaches sociales établis au travers des interactions quotidiennes. Elle s'oppose à l'opportunisme caractéristique d'une relation risquée de court terme de type marché. La confiance dans le réseau dépasse la confiance personnelle pour être une confiance organisationnelle. La réciprocité des actions favorise l'établissement d'une confiance durable entre les partenaires. La confiance est présente partout dans un réseau : confiance dans les missions et objectifs, confiance dans la motivation des autres parties prenantes, confiance dans le respect des règles de fonctionnement instituées par tous les acteurs.

Dépendance partagée et interdépendance comme mode de régulation : une relation de réseau se caractérise par un rapport de pouvoir entre les parties. Pouvoir et influence

[222] Granovetter H., « Economic Action and Social Structure : the Problem of Embeddedness », vol. 91, n° 3, 1985, pp. 481-510.

[223] Powell W., « Neither Market nor Hierarchies : Networks Forms of Organization ». *Research in Organizational behavior*, n° 12, 1990, pp. 295-336.

sont liés. Ce sont deux composantes essentielles des réseaux. Tous les avantages de la relation sont sans fondement si une partie est totalement dépendante de l'autre, auquel cas, la relation entre les deux entités s'apparente plus à une relation hiérarchique. Le principe d'une organisation en réseau est d'être transversale aux hiérarchies et à leur répartition du pouvoir. Le réseau ne peut constituer une deuxième hiérarchie. En revanche il peut être un outil, pour certains acteurs, permettant de se soustraire à la hiérarchie de l'entité à laquelle ils sont liés juridiquement. En d'autres termes, le mode de fonctionnement performant d'un réseau nécessite que l'institution dominante renonce à exercer un pouvoir hiérarchique. Le réseau ne doit pas être finalisé par les institutions dominantes mais par les missions et objectifs du réseau. A titre d'exception, on remarque que la mise en place de trois niveaux de maternité en fonction des moyens, conduit les maternités dans les faits à être subordonnées aux maternité de niveaux supérieurs dans la prise de décision. C'est pourquoi il y a nécessité d'adhérer aux objectifs communs.

Les ressources du réseau

La spécificité des actifs de la relation : le réseau repose sur la mise en commun d'actifs spécifiques détenus par chacune des entités du réseau. La spécificité des actifs caractérise la nature hybride de la relation de réseau. A n'appartient pas à B et réciproquement. Williamson[224] définit la spécificité des actifs comme des caractéristiques techniques, immatérielles, locales et humaines qui confèrent à l'actif une plus grande efficience productive lorsque celui-ci est intégré au sein d'un processus productif donné. Les actifs spécifiques augmentent la dépendance bilatérale. Relation hybride dans la mesure où l'on conserve son identité propre. Mais à ces actifs spécifiques s'ajoute la nécessité d'actifs et de compétences communes. La mise en réseau est conditionnée par la mise en adéquation des ressources (par des formations appropriées, par la création de cellules centralisatrices par exemple) aux activités et objectifs.

Le mode de financement comme clef de la viabilité du réseau : la constitution des réseaux de santé pose le problème crucial du financement des activités réalisées transversalement aux institutions qui disposent d'un financement propre. La condition *sine qua non* de la performance des réseaux est la juste rétribution des parties prenantes selon leur contribution à l'activité transversale. Le financement doit s'adapter aux évolutions des besoins au risque de faire s'étioler l'organisation créée.

Au-delà, des réseaux expérimentaux qui ont un financement propre, on peut s'interroger sur les difficultés de financement inhérentes à la diversité des statuts des établissements de soins. La répartition des financements est le nœud gordien de la performance des réseaux dans la mesure où celle-ci conditionne les capacités d'investissement et de développement des entités impliquées. En effet, le financement de l'activité couvre les charges d'exploitations pour le renouvellement de l'activité, mais a aussi pour objet de dégager un surplus pour le développement de l'activité. Si le calcul des coûts nécessaire à la répartition du financement est déjà chose difficile du fait de l'aspect conventionnel

[224] Williamson O.E., *Market and Hierarchies*, Free Press, New York, 1975, 286p.

de la répartition de certaines charges, la négociation pour l'attribution du surplus est non moins délicate et est déterminée par des choix politiques. C'est pourquoi une relation de confiance est primordiale.

Les discours autour du réseau supposent une relation de causalité entre formalisation des réseaux et amélioration des performances du système de santé. Or la formalisation d'un réseau nous assure seulement que certains acteurs des institutions concernées se sont réunis, se sont mis d'accord sur des objectifs et ont mis par écrit les éléments constitutifs du réseau.

Les projets actuels de mise en réseau sont des projets réalisés trop hâtivement, peut-être pour répondre aux injonctions de la tutelle dans « les premiers » et espérer en tirer un quelconque pouvoir de négociation, peut-être parce que le concept est effectivement séduisant et que les acteurs sont en recherche d'une alternative à leurs modes de fonctionnement insatisfaisant. En tout cas, il nous semble que les modalités ne semblent pas suffisamment analysées et les réseaux actuels sont confrontés à de nombreux problèmes d'organisation qu'ils n'avaient pas anticipés.

Un système d'information et des pratiques de coopération nécessaires pour une lisibilité de l'activité des réseaux

Nous relatons ici les travaux de recherche effectués par deux cadres infirmiers que nous avons accompagnés tout au long de leur étude[225]. Ces travaux avaient pour but d'étudier deux réseaux de prise en charge, l'un formalisé pour répondre aux orientations des tutelles, et l'autre informel. L'hypothèse de départ était que la coordination au sein du réseau formel était plus forte qu'au sein du réseau informel. Or, l'étude des deux dossiers invalide cette hypothèse. Le réseau formalisé, malgré sa formalisation, ne donne pas de lisibilité à la prise en charge. À l'inverse, le système de communication dans le réseau informel rend compte du parcours du patient. Les entretiens relatés dans ce travail mettent en évidence une difficulté de lisibilité dans l'articulation des stratégies d'acteurs.

Les deux types de réseau se caractérisent par :

- **Une vision éclatée** : chacun dans les faits reste sur sa propre représentation de l'activité. Le médecin a un discours global et une vision politique du réseau. Il reprend des expressions clés générales : « prise en charge médico-psycho-sociale ». L'éducateur spécialisé est focalisé sur le fonctionnement entre professionnels. La psychologue est peu impliquée dans la vie du réseau, elle « gravite » et est centrée sur son propre champ d'intervention. Ceci correspond en fait à la place de chacun dans le réseau et à ses stratégies individuelles. La coopération est rendue encore plus difficile par l'appartenance des partenaires à des cultures professionnelles différentes. Il y a alors un problème de langage, les mots n'ont pas le même sens pour chacun et les urgences ne sont pas au même endroit parce que les priorités ne sont pas les mêmes.

[225] Canat C., Maroc N., *Le réseau, un concept en construction*, Mémoire pour l'obtention du diplôme de Maîtrise de management des système de soins, IFROSS, 2001, 75p.

- **Le réseau centré sur les professionnels :** le réseau répond avant tout aux difficultés des professionnels face à des prises en charge lourdes. Ceci confirme l'existence d'une stratégie individuelle visant à sécuriser leur exercice. De fait les acteurs reconnaissent l'absence d'objectifs déterminés en commun pour chaque prise en charge.

Il n'y a ni objectif commun, ni coopération active, ni mécanismes élaborés d'évaluation qualitative, centré sur le patient. Le réseau manque d'identité propre, il n'est qu'au croisement d'identités individuelles.

La difficulté de lecture des stratégies des acteurs est due au manque de définition des zones d'intervention et des responsabilités. Travailler en équipe implique une continuité du partage des tâches, sur des objectifs communs. L'absence d'un espace commun de discussion, pouvant déboucher sur un consensus de conduites collectives, constitue un obstacle à la résolution des difficultés et des conflits. L'activité réalisée dans le cadre des réseaux est généralement une activité considérée comme annexe, cette activité n'est pas cotée, donc non rémunérée. Il n'y a pas véritablement de coordinateur pour superviser les dossiers. Par conséquent chacun prend des décisions sur son propre champ d'activité sans avoir connaissance des décisions des autres. Cloisonnement et segmentation conduisent à une segmentation de la prise en charge.

Le fonctionnement des acteurs en réseaux nécessite de revoir les mécanismes de coordination. Ceux-ci reposent sur une vision hiérarchique et verticale de la décision. Or les réseaux requièrent la coordination et la concertation d'acteurs de professions différentes et de « niveaux » hiérarchiques différents. Les liens de subordination traditionnels ne peuvent plus exister, et si le coordonnateur du réseau est un cadre infirmier, celui-ci doit pouvoir interpeller les autres parties prenantes du réseau même si c'est un médecin ou un directeur administratif.

La **subsidiarité**, au sens de, *la décision doit être prise là ou elle produit l'effet*, est la condition *sine qua non* de la performance organisationnelle des réseaux, reposant sur une juste différenciation et une bonne intégration. La différenciation ne doit pas conduire à constituer des unités rigides : la différenciation doit elle aussi être fluctuante selon les besoins de la prise en charge.

C'est en favorisant la mise en place de réseaux de cette nature – et en y participant avec sincérité et fidélité – que l'hôpital accède à la troisième dimension de sa propre performance.

SYNTHESE CHAPITRE IV

Parce que l'offre de soins a un coût, parce que les dépenses hospitalières constituent des coûts d'opportunité, l'hôpital ne peut penser son activité indépendamment du reste de l'activité économique et sociale de la nation. La performance verticale désigne alors la capacité de l'offre de soins hospitalière à converger vers les objectifs globaux de notre société. Cette convergence implique préalablement la définition des objectifs globaux et des objectifs particuliers qui en résultent pour l'hôpital. Or, les conséquences d'objectifs de société, tels que l'élargissement de la notion de santé à un état complet de bien être physique et mental, tels que la volonté de prendre en charge les détresses humaines, tels que la nécessité d'intégrer socialement les individus malades au lieu de les isoler, se traduisent difficilement dans l'activité de l'hôpital. En effet, ces conséquences nécessitent une remise en cause profonde des pratiques hospitalière : hospitaliser le patient à son domicile implique que les professionnels soient mobiles et sans territoire fixe ; prendre en charge la détresse psychologique et sociale des individus implique d'appréhender le patient non plus comme une somme d'organes à traiter (que ce soit par acte chirurgical ou par prescription médicamenteuse), mais comme un individu qui souffre autant de l'esprit que du corps. La convergence des objectifs de l'hôpital vers les objectifs de la société conduit à une nécessaire interrogation du contenu de l'activité de l'hôpital en répondant aux questions du *quoi faire*, du *quoi ne plus faire*, du *quoi faire faire*, et du *quoi faire avec d'autres.*

L'hôpital doit prendre la forme d'un système de soins sans murs[226], c'est-à-dire un système qui ne serait plus divisé, segmenté, fragmenté comme aujourd'hui, mais qui aurait une structure différente qui lui permettrait en permanence d'adapter son activité aux besoins des patients tout en tenant compte des choix des citoyens. La performance latérale désigne alors la capacité de l'hôpital à répondre aux malades qui s'adressent à lui, mais aussi aux salariés, et aux financeurs du système. L'hôpital doit trouver l'équilibre entre la prise en charge personnalisée, l'organisation de cette personnalisation et le coût de celle-ci.

C'est pourquoi l'hôpital ne peut *faire seul*. La performance horizontale désigne la capacité de l'hôpital à conjuguer son activité avec les autres entités du système de soins pour assurer la qualité de la prise en charge dans ses dimensions, technique (le juste équipement), médicale (le juste acte), du soin (les justes compétences), organisationnelle (le juste délai, le juste temps, la juste information), sociale (le juste lieu), psychologique (la juste attention et la juste communication).

Performances verticale, latérale et horizontale : trois *méta-dimensions* de la performance hospitalière qui constituent les conditions nécessaires de la légitimité de son activité.

[226] Claveranne J.-P., Lardy C. (coord.), *La Santé demain, vers un système de soins sans mur*, Economica, 1999, 298p.

Mais l'atteinte de ces dimensions requiert la conjugaison de nombreuses logiques en présence qui sont des logiques de patients, professionnels, financeurs, usagers, assujettis, électeurs et politiques. Chacun de ces rôles conduit les agents à exprimer des attentes différentes vis-à-vis du système hospitalier, et à développer différents référentiels de performance : ainsi pour certains, la performance hospitalière se définit par les ressources matérielles et humaines détenues, pour d'autres, ce sont les résultats médicaux qui comptent, pour d'autres encore ce sont les résultats économiques. C'est pourquoi, nous présentons, à présent, les référentiels de performance de base que nous avons trouvés dans la littérature spécialisée en sciences de gestion et en gestion hospitalière.

Chapitre V

Les modèles d'appréhension de la performance hospitalière

La recherche de performance de l'offre de soins hospitalière requiert la satisfaction des trois méta-dimensions que sont l'inscription de l'action dans le cadre du système de santé, la réponse aux besoins des individus et l'organisation en réseau de la trajectoire des patients. L'effectivité de cette recherche de performance nécessite la définition de critères de performance, d'indicateurs de performance, de variables explicatives de la performance et de leviers d'action de la performance. Les critères de performance représentent les conditions de sa réalisation et, donc, les éléments que l'on va chercher à évaluer pour appréhender la performance. Pour évaluer ces critères, sont élaborés des indicateurs qui constituent une information sur le degré de réalisation des critères. Les variables explicatives comprennent l'ensemble des facteurs qui concourent à l'obtention de la performance ainsi évaluée. Les leviers d'action constituent, parmi les variables explicatives, les éléments sur lesquels on peut agir pour améliorer la performance.

Du fait de l'ambiguïté définitionnelle de la notion de performance, en général, et de la performance hospitalière, en particulier, l'on trouve dans la littérature de nombreuses déclinaisons de la performance en critères, indicateurs, variables explicatives et leviers d'action. On trouve des critères et indicateurs de résultats médicaux et économiques, mais aussi des critères et indicateurs de processus, de ressources et de satisfaction des parties prenantes. On trouve aussi des travaux de recherche qui cherchent à combiner plusieurs types de critères de performance.

Pour identifier les principaux courants de recherche sur la performance, nous avons réalisé une revue de la littérature spécialisée en sciences de gestion, tant publique que privée. Les recherches menées en France sur la gestion hospitalière ne nous donnant pas de cadre d'analyse de la performance, nous avons élargi nos recherches aux travaux réalisés outre Atlantique, d'une part, et dans d'autres secteurs économiques, d'autre part. Nous présentons dans un premier temps les modèles à caractère « universel », dans le sens où ces modèles cherchent à définir des relations de causalité stables et transposables à toutes les organisations entre la performance et quatre éléments de l'organisation : ses

résultats, sa structure, ses processus et la satisfaction de ses parties prenantes. Dans un second temps, nous présentons trois approches reposant sur une vision relative de l'appréciation de la performance : l'approche de A. Donabedian, l'approche du GRIS (Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé) et l'approche de R. Sainsaulieu. Ces approches posent le cadre d'analyse de la performance, sont descriptives et non à visée normative.

Ce chapitre est composé de trois sections :
Section 1 – En France, une recherche peu abondante en gestion hospitalière
Section 2 – Modèles unidimensionnels d'appréhension de la performance hospitalière
Section 3 – Approches combinatoires des dimensions de la performance hospitalière

1. EN FRANCE, UNE RECHERCHE PEU ABONDANTE EN GESTION HOSPITALIERE

Les articles sur la gestion des établissements de santé parus dans les revues spécialisées en sciences de gestion sont très peu nombreux. Un inventaire comparatif des efforts de la recherche scientifique entrepris jusqu'à aujourd'hui dans le domaine de la gestion hospitalière a été réalisé par des chercheurs de l'université de Fribourg en Brisgovie[227]. Cet inventaire réalisé sur les années 1976-1996 étudie la répartition et le profil des travaux de recherche de cette période, ainsi que les principales caractéristiques des deux cadres institutionnels concernés.

Cette étude a porté sur huit revues françaises : *Chroniques de la SEDEIS*, *Économie et Sociétés*, *Économie et Statistiques*, *Gestion 2000*, *Les Cahiers Lyonnais de Recherche en Gestion*, *Politiques et Management Public*, *Revue Française de Gestion*, *Sciences Sociales et Santé*. Un nombre plus élevé d'articles sur le thème de la gestion hospitalière sont parus en 1982, 1992 et 1996. Six articles sont parus en 1992 sur ce thème. Ceci se révèle être un phénomène induit par la réforme législative de 1991. Sept articles en 1996, nombre qui s'explique par la parution d'un numéro spécial de *la Revue Française de Gestion*. Les six articles consacrés à la gestion hospitalière en 1982 ont tous été publiés dans un même périodique, *Gestion 2000* et traitaient tous sans exception de la gestion du personnel.

Sur l'ensemble des articles retenus (36 articles au total), 8 traitent de la gestion générale de l'entreprise, 7 de la gestion du personnel, 10 de la finance, et seulement 2 de l'organisation, 2 du contrôle de gestion et 2 de l'informatique de gestion et de la gestion de l'information.

Cette étude présente certaines limites :

- D'une part, du point de vue des revues sélectionnées : il existe en France des revues tel le *Journal d'Économie Médicale*, et *Gérer et Comprendre* qui auraient pu être intégrées dans la base ainsi que certaines revues francophones québécoise tel *Ruptures*.
- D'autre part, car l'inventaire a été réalisé jusqu'en 1996. Or, depuis 1996 le nombre d'articles sur le thème de la gestion hospitalière augmente quelque peu. La revue *Politique et Management public* qui a réalisé un colloque en 1998 sur la performance publique a publié plusieurs articles sur la gestion hospitalière. De même les revues *Gérer et Comprendre* et *Les Cahiers Lyonnais de Recherche en Gestion*.

Cependant, cette étude est le reflet de la préoccupation tardive des considérations de gestion dans le secteur hospitalier. Jusqu'en 1996, le secteur hospitalier était soumis à de

[227] Tscheulin D.K., Helmig B., Rost M., Huber K., « La gestion hospitalière dans la recherche en sciences de gestion en langues française et allemande : une comparaison binationale », Gestion 2000, Nov.-Déc. 2000, pp. 33-54.

nombreuses contraintes réglementaires, mais ne connaissait finalement que peu de restrictions financières. L'évolution de la nature des contraintes qui conduit à de nouveaux et nombreux questionnements a conduit au développement de la recherche en sciences de gestion dans un secteur jusqu'alors fortement centralisé.

Les articles de la période d'étude tout comme les articles publiés depuis portent sur des thèmes de planification et de régulation nationale des dépenses hospitalières (aspects financiers) et sur la motivation du personnel.

Nous observons qu'à l'heure actuelle sont publiés des articles portant sur les systèmes d'information hospitaliers et les modalités d'un contrôle de gestion adapté. Cependant, pour trouver des articles à ce sujet, il faut se reporter sur des revues professionnelles telles que *Gestion Hospitalière* et *Hospitalisation Nouvelle* dont les articles relatent des expériences particulières dans ce domaine.

Nous avons réalisé un inventaire des ouvrages disponibles dans les bibliothèques universitaires de France par l'intermédiaire du service de la documentation universitaire[228]. Pour ce faire, nous avons saisi les mots « gestion » et « hôpital » et lancé la recherche. Sur cette base, nous avons obtenu 245 réponses (dont certaines redondantes). Sur les 245 réponses, 58 sont datées de 1996 à aujourd'hui.
13 documents traitent de l'accréditation et des démarches qualité.
9 documents traitent de la gestion des ressources humaines.
7 de la démarche gestionnaire en général.
5 traitent du PMSI.
2 du système d'information en général.
2 des aspects financiers.
Les autres documents ont trait à la gestion des stocks et des déchets (17), à la prise en charge des détenus (2), à la notion d'éthique (1).

Le développement de l'accréditation des établissements conduit à une littérature majoritaire sur ce sujet. Les ressources humaines restent un sujet de préoccupation important, ainsi que le PMSI. La démarche gestionnaire en général est développée au travers du tome I des ouvrages de J.-C. Moisdon et D. Tonneau[229]. Dans le premier ouvrage, les auteurs relatent les caractéristiques du fonctionnement de l'hôpital public, les problèmes de régulation que cela pose et le levier d'efficacité et de qualité que constitue l'organisation du travail. Dans leur deuxième ouvrage est décrit le PMSI, avec ses caractéristiques et les possibilités d'utilisation de cet instrument pour la régulation.
Trois autres ouvrages écrit par M. Leteurtre[230], P. Lachèze-Pasquet[231], Y. Merlière et R. Kieffer[232] ont trait à des problématiques globales de gestion.

---

[228] Système Universitaire de Documentation, Agence Bibliographique de l'Enseignement Supérieur. Le catalogue des systèmes universitaires permet d'effectuer des recherches bibliographiques sur les collections des bibliothèques universitaires françaises pour tous les types de documents et sur les titres de périodiques de 2900 établissements documentaires. URL : http://www.sudoc.abes.fr.
[229] Moisdon J.-C., Tonneau D., *La démarche gestionnaire à l'hôpital*, Seli Arslan, 1999, Tome I, 254p., 2000, tome II, 304p.
[230] Leteurtre H., *Traité de gestion hospitalière*, Berger-Levrault, 1998, 926p.

Trois thèses portent sur la gestion globale, une sur la gestion des processus à l'hôpital[233] et deux sur le projet d'établissement comme instrument de gestion[234] [235].

Nous pensons que ceci est le reflet du manque d'une véritable réflexion de gestion répondant globalement aux problématiques de la recherche de performance hospitalière en tant que réponse à la crise de légitimité du secteur hospitalier. La vision est une vision parcellaire, ce qui nuit à la cohérence d'ensemble et à l'atteinte des objectifs généraux du système de santé.

[231] Lachèze-Pasquet P., *Management hospitalier pour le praticien*, Masson, 1998, 271p.
[232] Merlière Y. et Kieffer R., *Le contrôle de gestion de l'hôpital : principes clés et instruments nouveaux*, Masson, 1997, 260p.
[233] Pascal C., 2000, op. cit.
[234] Vinot D., *Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation*, Thèse de Doctorat ès Sciences de Gestion, janvier 1999, 441p.
[235] Tedesco G., « L'hôpital et son projet d'établissement modèle de solution et modèle d'évolution intégré, analyse de deux expériences de gestion », *Thèse de doctorat*, 1999, 150p.

2. MODELES UNIDIMENSIONNELS D'APPRECIATION DE LA PERFORMANCE

La détermination de la performance repose sur sa définition préalable qui reste dans la littérature un concept flou et généralement unidimensionnel (Steers[236]; Mulford[237], Goodman et Pennings[238], Cameron et Whetten[239], Seashore[240], Quinn et Rohrbaugh[241], Lewin et Minton[242]). La définition de la performance est étroitement liée à la conception de l'organisation retenue et une variété de conceptions engendre une variété de modèles de la performance[243].

Nous avons cherché dans la littérature les divers modes d'appréhension de la performance des organisations. Nous avons classé ces modèles en quatre types génériques, types définis selon le critère principal d'appréciation de la performance retenu :

- Les modèles des objectifs rationnels : ces modèles reposent sur une analyse des résultats de l'organisation en termes d'efficience économique.
- Les modèles des ressources : ces modèles reposent sur une analyse de la structure de l'organisation en postulant que plus les ressources sont élevées plus les probabilités de bonne performance sont fortes.
- Les modèles des relations humaines : ces modèles reposent sur les recherches en sociologie des organisations et notamment sur la satisfaction des parties prenantes à l'organisation comme dimension de la performance de l'organisation.
- Les modèles de processus internes : ces modèles s'appuient sur une recherche de rationalisation des processus de production et de décision, rationalisation qui doit conduire à une amélioration de la performance.

La difficulté rencontrée dans l'analyse de ces modèles réside dans l'ambivalence qui existe parfois entre les dimensions de la performance retenues (les critères de performance), les indicateurs, et les leviers d'action de cette performance. Ainsi, dans les modèles des ressources, la quantité de ressources dont dispose un établissement est à tour

[236] Steers R.M., « Problems in the Measurement of Organizational Effectiveness », *Administrative Science Quarterly*, n° 20, 1975, pp. 546-558.
[237] Mulford C.L., « Comment on Measurement of Effectiveness », *Administrative Science Quarterly*, n° 21, 1976, pp. 156-157.
[238] Goodman P.S., Pennings J.M., « New Perspective on Organizational Effectiveness », *American Sociological Review*, n° 22, 1977, pp. 534-540.
[239] Cameron K.S., Whetten D.A., *Organizational Effectiveness : A comparison of multiples models*, New-York Academic Press, 1983, 292p.
[240] Seashore S.E., « A Framework for an Integrated Model of Organizational Effectiveness » in Cameron et Whetten, 1983, op. cit.
[241] Quinn R.E. et Rohrbaugh J, « A Spatial Model of Effectiveness Criteria : Towards a competing values approach to organizational analysis », *Management Science*, 29 (3), pp. 363-377, 1983.
[242] Lewin A.Y., Minton J.W., « Determining Organizational Effectiveness : another Look and an Agenda for Research », *Management science*, n° 32, 1986, pp. 514-538.
[243] Cameron KS, Whetten DA, 1983, op. cit.

à tour un critère de performance intrinsèque (au sens où cela confère aux professionnels correspondants un certain statut social), et un levier d'action de la performance mesurée alors à l'aide d'indicateurs traditionnels d'efficience économique (la détention d'un équipement de pointe permet de traiter plus de patients avec moins de personnel par exemple et, par conséquent, d'améliorer les ratios d'efficience productive). C'est pourquoi selon l'angle de regard des modèles, ceux-ci peuvent être *classés* dans chacun des types proposés. Pour effectuer les classements, nous nous sommes appuyée sur l'axe principal souligné et les intentions indiquées par les auteurs des recherches effectuées.

2.1. MODELES DES OBJECTIFS RATIONNELS

Dans ce type de modèles, un établissement est performant lorsqu'il atteint ses objectifs, objectifs qualifiés de rationnels. Les modèles de type « objectifs rationnels » sont utilisés implicitement par la majorité des praticiens. Ce sont les modèles qui sous-tendent aussi les analyses économiques de types coût-efficacité. Ces modèles correspondent à la vision instrumentale et fonctionnelle de l'organisation qui a été et reste la vision dominante de l'organisation.

Selon ce type de modèles[244] une organisation existe pour réaliser des objectifs spécifiques. Les objectifs sont définis en termes de production de soins, et c'est en ce sens que l'on parle de « rationnel ». Les objectifs sont « produire plus au moindre coût ». L'évaluation de la performance consiste naturellement à évaluer dans quelle mesure ces objectifs ont été atteints. Cela consiste à évaluer empiriquement la relation moyens-fins.

La performance dans ce type de modèle renvoie à l'efficience économique (analyse coût/efficacité) : c'est-à-dire à la conjugaison de l'efficience technique et de l'efficience allocative. Evans et alii[245] définissent dans leurs travaux l'efficience technique, l'efficience allocative et l'efficience économique. Selon eux, l'efficience technique est la capacité, essentiellement technologique de produire un traitement (ou un programme de santé) au coût le plus bas possible, ce qui correspond à l'efficience productive. L'efficience allocative correspond au meilleur choix possible d'allocation des ressources compte tenu des contraintes. L'efficience technique est locale, c'est-à-dire qu'elle concerne un programme ou une action sans tenir compte du coût d'opportunité de ce programme ou de cette action. L'efficience allocative est « globale », sa mesure tient compte du coût d'opportunité de la mise en œuvre d'un programme en situation de ressources limitées. La mesure de l'efficience allocative vise à s'assurer qu'un autre programme ou action n'aurait pas produit de meilleurs résultats avec le même engagement de ressources.

[244] Price J.L., « The Study of Organizational Effectiveness », *The Sociological Quarterly*, vol.13, n° 4, 1972, pp. 3-15, cité in GRIS, 1998, op. cit.

[245] Evans D.B., Tandon A., Murray C.J.L., Lauer J.A., « The Comparative Efficiency of National Health Systems in Producing Health : an Analysis of 191 countries », *GPE discussion paper*, n° 29 EIP/GPE/EQC/WHO (World Health Organization).

Tous les travaux de recherche menés sur l'efficience de la production hospitalière relève de ce type de modèles. Ils utilisent généralement plusieurs extrants, mais cela ne signifie pas que la perception de la performance hospitalière est multidimensionnelle, car celle-ci se réduit à l'efficience économique.

2.1.1. Les fondements et méthodes

Dans ce cadre, une organisation performante est une organisation qui est efficiente. Or la mesure de l'efficience se fait de deux manières :

- **Par l'atteinte d'un optimum de Paréto**

  Dans son article sur la mesure de l'efficience de la production hospitalière, J. Magnussen[246] écrit : *« A hospital is said to be technically efficient if an increase in an output requires a decrease in at least one other output, or an increase in at least one input[247] »*. Ceci signifie donc qu'un hôpital est efficient techniquement (donc performant dans ce type de modèles) si l'on se situe sur la courbe des optima de Paréto de la fonction de production hospitalière.

  Cette mesure de l'efficience technique a été développée par Farrell[248] puis pour des technologies linéaires de production par Boles[249], Färe and Lovell[250], Charnes et Cooper[251].

- **Par une comparaison à une norme retenue**

  Celle-ci pouvant être une moyenne des autres établissements ou un autre établissement similaire. Dans son article, D. Sherman[252] présente une technique de mesure de l'efficience « the Data Envelopment Analysis » qui repose sur une comparaison entre des hôpitaux efficients et non efficients. Il écrit : *« DEA can only be used by comparing hospitals or hospital departments, as it locates only relatively inefficient units[253] »*.
  La méthode comparative pose le problème alors de l'échantillon retenu pour l'étude et Sherman poursuit *« hence, it cannot locate all inefficient hospitals because all hospitals in a data set may be inefficient[254] »*.

---

[246] Magnussen J., 1996, op. cit.

[247] Un hôpital est réputé efficient quand pour produire une unité supplémentaire d'un extrant, il faut augmenter la quantité d'au moins un intrant ou diminuer la quantité produite d'un autre extrant.

[248] Farrell M.J., « The Measurement of Productive Efficiency », *Journal of the Royal Statistical Society*, Series A, General 120, n° 3, 1957, pp. 253-281.

[249] Boles J.N., « Efficiency Squared-Efficient Computation of Efficiency Indexes », *Western Farm Economic Association Proceedings*, 1966, pp. 137-142, cité in Magnussen J., 1996, op. cit.

[250] Färe R., Lovell C.A.K., « Measuring the Technical Efficiency of Production », *Journal of Economic Theory*, n° 19, 1971, pp. 150-162, cité in Magnussen J., 1996, op. cit.

[251] Charnes A., Cooper W.W., Rhodes E., « Measuring the Efficiency of Decision-Making Units », *European Journal of Operational Research*, n° 2, 1978, pp. 429-444.

[252] Sherman H.D., « Hospital Efficiency Measurement and Evaluation, Empirical Test of new Technique », *Medical Care*, vol.22, n° 10, 1984, pp. 923-938.

[253] La méthode DEA ne peut être utilisée que pour comparer des hôpitaux ou des services entre eux, dans la mesure où cette méthode ne permet de déceler que des inefficiences relatives.

[254] Par conséquent, elle ne permet pas de déceler l'ensemble les hôpitaux inefficients car il est possible que tous les établissements d'un échantillon soient inefficients.

Par conséquent, soit on cherche à définir l'efficience de manière « absolue » (recherche d'un optimum de Paréto), soit de manière « relative » (comparaison à une moyenne ou à un ensemble d'établissements).

Trois types de techniques statistiques sont principalement utilisées

- **Ratios** : chaque ratio est limité à un extrant et un intrant. Différents ratios peuvent être utilisés pour comparer plusieurs établissements entre eux et repérer les ratios anormalement élevés ou faibles. L'analyse à l'aide de ratios a pour objet de repérer les relations entre deux variables. Par nature, chaque ratio est limité à un extrant et un intrant et a un champ d'application limité quand de multiples extrants sont produits à partir de multiples intrants.

- **Régressions statistiques** : relation moyenne entre plusieurs intrants et plusieurs extrants. Cette méthode ne donne aucun résultat sur les taux de substitution et de transformation efficients, ni sur les rendements d'échelle efficients. Les analyses de type régressions statistiques permettent de prendre en compte de multiples extrants et de multiples intrants dans une même relation. Les inconvénients de ce type de méthode et notamment de la méthode des moindres carré est d'aboutir à estimer une moyenne des coefficients des variables explicatives (les tendances centrales) qui ne représentent pas forcément une relation efficiente pour chacune des variables. Ce type de méthode nous donne une fonction de production moyenne d'un établissement (pondération des intrants pour obtenir les extrants), mais nous renseigne difficilement sur l'efficience de l'établissement sauf à avoir tous les coefficients supérieurs ou inférieurs. Sherman[255] précise *« More important, numerous econometric-regression types of hospitals studies have been used to identify economies of scale, marginal costs of patient care, and rates of substitution among outputs and inputs. These results say nothing, however, about what the efficient rates of substitution, efficient scale size, and efficient rates of transformation are because they reflect the behavior of efficient and inefficient hospitals combined[256] »*. L'utilisation de telles techniques permet de déterminer la fonction de production hospitalière efficiente si tous les établissements de l'échantillon sont des établissement réputés efficients[257]. Indépendamment de la recherche d'efficience, ce type d'analyse est toutefois intéressant pour comprendre le comportement des coûts et les variables qui influent sur ces coûts. *« Feldstein studies using econometric regression*

[255] Sherman H.D., 1984, op. cit.

[256] Plus important encore, de nombreuses études sur les hôpitaux de type régression économétriques ont été utilisées pour identifier des économies d'échelle, des coûts marginaux des actes, et des taux de substitution entre plusieurs intrants et plusieurs extrants. Or, ces résultats ne nous apprennent rien sur le taux de substitution efficient, sur la taille critique, ni sur le taux de transformation efficient car elles combinent les résultats d'hôpitaux efficients et d'hôpitaux inefficients.

[257] Feldstein M., *Economic Analysis for Health Service Efficiency*, Amsterdam North Holland Pub. Co., 1968, 325p., cité in Sherman H.D., 1984, op. cit.

analysis were among the first to measure the sizeable impact that case mix[258] *has on hospitals costs »*[259] [260].

- **Data Envelopment Analysis** : la méthode DEA est une technique non paramétrique de prise en considération de plusieurs intrants et plusieurs extrants élaborée pour pallier les limites des techniques de ratios et des techniques de régression statistiques. Cette méthode est une technique de programmation linéaire qui compare pour un échantillon d'établissements l'utilisation concrète d'intrants pour produire des extrants pendant une certaine période et cherche à obtenir une relation « optimale » entre plusieurs intrants et plusieurs extrants[261] par comparaison dans un échantillon d'établissements. Cette méthode permet de prendre en compte les multiples extrants et les multiples intrants de la fonction de production hospitalière. Les multiples extrants (représentés par le *case mix* des établissements) et les multiples intrants nécessaires à la production de ce *case mix* sont pris en compte simultanément pour obtenir une appréciation globale de l'efficience technique d'un établissement de soins. La méthode DEA vient en complément des deux autres méthodes citées précédemment, ces méthodes se complètent pour obtenir une appréciation globale de l'efficience d'un établissement de soins. *« DEA is not however, a panacea (…) rather, it is proposed as a complement to ratio analysis and regression techniques to gain insights beyond the reach of these other techniques »*[262] [263].

J. Magnussen[264] notamment utilise la méthode DEA pour mesurer l'efficience des établissements de soins. Il retient trois intrants : l'effectif médical et soignant, l'effectif en personnel autre, le nombre de lits ; et trois types d'extrants : le nombre de journées réalisées dans chacune des disciplines médicale et chirurgicale en distinguant les journées réalisées pour des pathologies simples et les journées réalisées pour des pathologies complexes, le nombre d'entrées dans chacune des disciplines médicale et chirurgicale, et la DMS ou le nombre de séances.

J. Magnussen applique cette méthode à un échantillon de 138 établissements de soins norvégiens durant la période 1989-1991. Pour l'échantillon d'étude les résultats sont les suivants :

---

[258] Le *case mix* est la production hospitalière mesurée en termes de Groupes Homogènes de Malades (GHM), c'est-à-dire l'éventail de la production.

[259] Les études réalisées par Feldstein reposant sur des analyses de type régressions économétriques furent parmi les premières à mesurer l'importance de l'impact du case mix sur les coûts des hôpitaux.

[260] Sherman H.D., 1984, op. cit.

[261] Charnes A., Cooper W.W., Rhodes E., 1978, op. cit.

[262] La méthode DEA ne se suffit pas à elle seule, mais elle constitue un complément à l'analyse par les ratios et les régressions statistiques et permet d'obtenir d'autres éclairages.

[263] Sherman H.D., 1984, op. cit.

[264] Magnussen J., 1996, op. cit.

Tableau 16 : Efficience et échelle de mesure (Magnussen, 1996, p. 28)

	E_1	Min	e-t	# E_1	Λ
Journées réalisées en médecine et chirurgie	0,9385	0,7640	0,061	38	1,38
Nombre d'entrées en médecine et chirurgie	0,9430	0,7298	0,062	46	2,44
Journées réalisées sur pathologies complexes et simples	0,9347	0,7251	0,069	45	1,84

La première colonne [$\mathbf{E_1}$] représente l'efficience moyenne des établissements de l'échantillon selon les trois axes retenus. Les résultats de cette colonne sont inférieurs à 1 ce qui signifie que, en moyenne, les établissements peuvent améliorer leurs performance en termes d'efficience (les établissements de l'échantillon peuvent produire plus de journées et d'entrées sans augmenter la quantité d'intrants). La deuxième colonne [**min**] représente la valeur minimale pour chacun des critères obtenue dans l'échantillon. La troisième colonne [**e-t**] est l'écart-type moyen des résultats entre chacun des établissements de l'échantillon et représente la distribution d'efficience. Le faible écart-type observé signifie que les établissements sont proches les uns des autres en termes d'efficience, ce qui signifie encore que la proportion d'intrants consommés pour produire les extrants est sensiblement la même dans les établissements de l'étude. La quatrième colonne [# $\mathbf{E_1}$] nous indique le nombre d'établissements de l'échantillon efficients [E_1=1] pour chacun des critères retenus. La dernière colonne [Λ] qualifie les rendements entre les intrants et les extrants correspondants. [Λ>1] signifie que les rendements sont décroissants, c'est-à-dire que l'augmentation de la quantité d'intrants d'une unité engendre une augmentation de la quantité d'extrants de plus en plus faible.

Les avantages de cette méthode est de pouvoir prendre en compte les multiples extrants et les multiples intrants simultanément sans avoir besoin de connaître *a priori* la relation efficiente entre eux comme dans les techniques de ratios et de régressions statistiques. Cette méthode fournit l'équation de l'efficience de l'échantillon concerné là où les méthodes de régressions statistiques donnent l'équation moyenne. La méthode DEA permet de définir des zones d'action pour améliorer l'efficience d'un établissement de soins. *« DEA conservatively measures the existing inefficiency and the amount of input reductions that would make inefficient units as efficient as other units in the observation set*[265] [266] *»*. De plus, la mesure des extrants et des intrants se fait dans leur propre unité de compte et ne nécessite pas la conversion dans une unité de compte commune telle la monnaie courante ou le coût par patient. Cette méthode oriente les managers vers les zones d'amélioration possibles de l'efficience.

[265] La méthode DEA mesure l'inefficience relative d'une unité et la réduction de la quantité d'input nécessaire pour que l'unité soit relativement efficiente par rapport aux autres unités de l'échantillon.
[266] Sherman H.D., 1984, op. cit.

La première limite de cette méthode repose sur le fait que selon la mesure retenue, les résultats en termes d'efficience et d'inefficience seront différents. *« Nous montrons que la distribution des scores d'efficacité, tout comme le niveau moyen d'efficacité, varie selon la mesure retenue. Le choix d'une mesure d'efficacité particulière constitue donc un élément important de la méthodologie mise en œuvre pour évaluer la performance d'unités productives et mérite justification au même titre que les hypothèses émises sur l'ensemble de production*[267] *»*. La deuxième limite relevée par J. Magnussen[268] provient du fait que l'équation de l'efficience est relative aux établissements composant l'échantillon. Par conséquent, si l'échantillon ne contient que des établissements non performants, la méthode leur affectera tout de même une bonne efficience.

2.1.2. Leviers d'action de la performance

Les travaux réalisés dans le cadre des modèles qualifiés de *modèles des objectifs rationnels* axent leur recherche sur l'évaluation de la performance des établissements de soins et la définition des leviers d'action de la performance. Les questions ne sont pas : comment faire varier les intrants et les extrants pour améliorer l'efficience ? mais plutôt existe-t-il des zones d'amélioration possible de l'efficience et quels sont les intrants et les extrants sur lesquels il faut agir pour améliorer cette efficience ? Par conséquent les leviers d'action sont à rechercher du côté des intrants et des extrants intégrés aux modèles.

2.1.3. Les indicateurs de la performance

Le critère de performance étant l'efficience productive, l'évaluation de la performance nécessite de définir quels sont les intrants et les extrants de la fonction de production hospitalière.

Deux catégories d'extrants sont retenues dans les modèles

Le nombre de journées réalisées, ou le nombre de patients traités. Magnussen réalise un « inventaire » des auteurs selon l'extrant utilisé. Il cite Cowing et Holtman[269], Banker, Conrad et Strauss[270] et Valdmanis[271] qui utilisent le nombre de journées réalisées et Sexton, Leiken and Nolan[272] ; Ozcan, Luke et Haksever qui utilisent le nombre de patients traités. La plupart du temps les résultats sont présentés comme des « vérités » et ne sont pas tempérés par les choix méthodologiques réalisés ni les répercussions de ces choix sur

[267] Leleu H., Dervaux B., « Comparaison des différentes mesures d'efficacité technique : une application aux centre hospitaliers français », *Economie et Prévision*, n° 129-130, 1997, pp. 101-119.
[268] Magnussen J., 1996, op. cit. ; p. 22.
[269] Cowing T.G., Holtman A.G., « Multiproduct Short Run Hospital Cost Functions : Empirical Evidence and Policy Implications from cross-section Data », *Southern Economic Journal*, n° 49, 1983, pp. 637-653, cité in Magnussen J., 1996, op. cit.
[270] Banker R.D., Conrad D.R., Strauss R.P., « A Comparative Illustration of Data Envelopment Analysis and Translog Methods : An Illustrative Study of Hospital Production », *Management Science*, vol.32, n° 1, 1986, pp. 30-44, cité in Magnussen J., 1996, op. cit.
[271] Valdmanis V., « Sensivity Analysis for DEA Models : An Empirical example using Public vs NFP Hospitals », *Journal of Public Economics*, vol. 48, n° 2, 1992, pp. 185-205, cité in Magnussen 1996, op. cit.
[272] Sexton T.R., Leiken A.M., Nolan A.H. et alii, 1989, op. cit.

les résultats. Magnussen précise que les raisons de choisir un indicateur sont largement discutées, mais jamais les conséquences de ce choix sur les résultats : *« the reason for choosing a specific unit of measurement, however, is seldom discussed at any length, nor are the consequences of changing the measurement unit analyzed*[273] *»*.

Les intrants intégrés aux modèles

Magnussen intègre dans son modèle les Equivalents Temps Plein (ETP) de praticiens, de soignants, et des autres personnels, ainsi que le nombre de lits : *« three inputs are defined : physicians and nursing personnel measured in number of full time equivalents, other personnel measured in number of full time equivalents, and capital measured as the number of beds*[274] [275] *»*. Sherman intègre dans son modèle de 1984 comme intrant supplémentaire le montant des achats.

2.1.4. Enseignements de ces modèles

Les modèles de type « objectifs rationnels » sont dans la lignée des travaux sur la détermination de la fonction de production hospitalière. Leur objet est d'essayer de définir une relation stable entre les intrants et les extrants de manière à définir un optimum de cette relation afin d'obtenir un modèle fortement normatif.

Les modèles de ce type ont l'avantage de reposer sur des données quantitatives et par conséquent d'être opérationnels. Les indicateurs retenus sont des indicateurs quantitatifs et se prêtent bien à l'utilisation d'outils mathématiques et statistiques (tests de robustesse, comparabilité des informations, détermination de référents). La méthode DEA est intéressante car elle « individualise » les relations entre intrants et extrants et permet par conséquent de définir des zones d'action, des leviers et des objectifs vers lesquels tendre.

L'évolution dans la conceptualisation des organisations de soins conduit cependant à de fortes critiques de ces modèles[276] qui ont trait, d'une part, à la difficulté d'identifier les objectifs de l'organisation, ce qui est particulièrement approprié dans le cas de l'hôpital ; et d'autre part, aux difficultés pour définir, identifier et mesurer les intrants et extrants, afin de prendre en compte l'apport réel de la production de soins qui dépasse largement le nombre de patients traités, l'enseignement et la recherche (pour les Centres Hospitaliers Universitaires – CHU).

Ces modèles cherchent à définir une fonction de production type et par conséquent raisonnent sur des modes « industriels » d'appréhension de l'activité hospitalière au travers des résultats de celle-ci. Les aspects qualitatifs ne sont pas du tout pris en compte, et des indicateurs tels que *la pertinence des actes effectués* et *l'accessibilité aux soins* ne font pas l'objet d'études spécifiques. Les enquêtes réalisées par les revues *Sciences et*

[273] Or, les choix concernant les unités de mesure sont longuement explicités, mais jamais les conséquences d'un changement d'unité de mesure sur les résultats de l'analyse.

[274] Trois intrants sont définis : les médecins et les soignants mesurés en équivalent temps plein, les autres personnels mesurés en équivalent temps plein et le capital mesuré par le nombre de lits.

[275] Magnussen J., 1996, op. cit.

[276] GRIS, 1998, op. cit.

Avenir et *Le Figaro Magazine* relèvent de ce type d'analyse où les établissements sont classés selon des critères de résultats et de consommation de ressources. Or les seuls résultats ne suffisent pas à apprécier la performance d'un établissement de soins. Ce n'est pas parce qu'un établissement réalise un nombre d'actes de chirurgie plus important qu'un autre (à coûts équivalents) qu'il contribue plus fortement à la performance du système, en effet, cet établissement peut réaliser des interventions inutiles qui peuvent nuire à la santé de la population.

Dans la pratique, la mesure de la performance hospitalière se fait rarement en ces seuls termes. Généralement on assiste à des pratiques de gestion qui mettent l'accent sur la formulation d'objectifs organisationnels intermédiaires reliés à la qualité des soins ou à la primauté des équilibres financiers.

Dans ces modèles, seuls les aspects mesurables sont pris en compte. Ce qui crée une vision réductrice de l'activité hospitalière, une vision fortement standardisée. Toutes les caractéristiques de l'activité de l'hôpital sont occultées et les modèles ainsi constitués ne fournissent que peu d'enseignement sur les leviers d'action dont dispose l'établissement.

2.2. MODELES DES RESSOURCES

Les modèles des ressources s'appuient sur la capacité de l'organisation à mobiliser et/ou obtenir des ressources. Ces modèles définissent la performance selon la capacité de l'organisation à s'approprier les ressources requises à son bon fonctionnement et nécessaires à sa survie (type de recrutement, subventions, main d'œuvre professionnelle)[277] [278]. Le critère de performance[279] retenu dans ce type de modèles est le potentiel de l'organisation, c'est-à-dire l'ensemble des ressources détenues. La performance de l'établissement s'évalue alors non pas en fonction de ce qu'il fait mais en fonction de ce qu'il est capable de faire[280].

Une organisation performante est donc une organisation qui parvient à augmenter ses ressources. Plus les ressources sont importantes, plus l'organisation est considérée comme performante.

[277] Yuchtman E. et Seashore S.E., « A system Resource Approach to Organization Effectiveness », *American Sociological Review*, 32, 1967, pp. 891-90.

[278] Benson J.K., « The Interorganizational Network as a Political Economy », *Administrative Science Quarterly*, n° 20, 1975, pp. 229-249.

[279] Grant R.M., « The Resource-based Theory of Competitive Advantage : Implication for Strategy Reformulation », *California management review*, Spring 1991, pp. 114-135.

[280] Barney J.B., « Looking inside for Competitive Advantage », *Academy of Management Executive*, n° 4, 1995, pp. 49-61.

2.2.1. Fondements et méthodes

Dans une situation concurrentielle où les ressources allouées sont bornées, la performance des établissements de soins se mesure par les ressources détenues. Dans ce cadre, une organisation performante est une organisation qui détient de nombreuses ressources.

Les ressources peuvent être classées en deux catégories

- **Des ressources tangibles** : telles que l'équipement en technologie de pointe et les lits autorisés. Les ressources tangibles sont constituées des derniers équipements qui traduisent la progression scientifique dans les modes de traitement qui tendent vers des prises en charge de moins en moins invasives avec des interventions de moins en moins lourdes (la mise en place des techniques telles les cœlioscopies et arthroscopies permettent à présent de rendre valide un patient en trois jours là où il fallait parfois un mois).
- **Des ressources intangibles** : telles les compétences internes. Les ressources intangibles sont mesurées à l'aide de critères propres aux professions elles-mêmes. Par exemple les Centres Hospitaliers Universitaires sont dotés de professeurs universitaires de médecine praticiens hospitaliers (PUPH) ce qui leur confère, dans la représentation qu'en ont les parties prenantes, une performance accrue.

Implicitement ou explicitement ces modèles renvoient à deux objectifs de l'organisation :

- L'augmentation des ressources tangibles et intangibles améliore la qualité de la prise en charge pour les patients.
- L'augmentation de ces ressources assure une pérennité de l'organisation soit par l'influence que cela confère à l'établissement dans le système de soins (critère de performance pour les établissements à but non lucratif), soit par la rentabilité financière que ces ressources permettent de générer (pour les établissements à but lucratif).

C'est pourquoi, il y a parfois une certaine confusion entre l'appréhension des ressources comme une dimension de la performance et l'appréhension des ressources comme leviers d'action de la performance de l'organisation, performance qui s'appréhende alors selon différents critères et notamment ceux d'amélioration de la qualité de la prise en charge et de pérennité de l'organisation.

2.2.2. Indicateurs de la performance

Les indicateurs de performance que l'on trouve dans la littérature sont de plusieurs ordres.

En ce qui concerne l'appréciation du potentiel de performance d'un établissement de santé, la littérature fournit comme indicateurs des indicateurs de niveau d'équipement et de ressources humaines tels que la présence d'un scanner et la présence de praticiens hospitaliers de renommée, d'une part, et des indicateurs de qualité des équipements tels que le coefficient de vétusté de l'équipement et la « génération » des équipements détenus, d'autre part.

En ce qui concerne les organisations à but lucratif, on trouve dans la littérature des indicateurs de performance faisant généralement référence à la performance économique de l'organisation. Dans ce cas, les ressources sont appréhendées comme des leviers de performance économique et non comme des critères de performance en soi.

• **Indicateurs financiers** :

Taux de marge brut d'exploitation significatif de la capacité bénéficiaire de l'entreprise = EBE*100/CA.

Rentabilité brute du capital d'exploitation[281] : indication sur l'utilisation des actifs de l'entreprise = EBE/Capital d'exploitation.

• **Indicateurs d'attractivité : reflet de la réputation de l'établissement**

Performance de marché : part de marché/part de marché du principal concurrent.

Origine géographique des patients.

Catégorie socioprofessionnelle des patients.

2.2.3. Leviers d'action de la performance

Un des principes qui sous-tend ce type de modèles est que les ressources « appellent » les ressources[282] [283] [284]. Dans un contexte concurrentiel, ce qui est déterminant est de détenir des ressources que les établissements concurrents ne peuvent détenir. Les ressources internes sont alors appréciées selon des attributs de reproductibilité/imitabilité, tangibilité, spécificité qui définissent la capacité de l'organisation à être performante. Ces modèles définissent les ressources immatérielles comme facteurs clefs de la performance et axent leur recherche sur la capitalisation des savoirs et des compétences. En effet, ils reposent sur le principe que ce sont les ressources immatérielles et intangibles détenues par les acteurs de l'organisation qui créent un différentiel de performance.

A partir de ce postulat, les études vont chercher à identifier quelles sont les variables observables qui permettent d'apprécier la spécificité des actifs et leur non transférabilité. Trois indicateurs de sont généralement utilisés :

• Dépenses de recherche et développement[285] [286] [287] : les dépenses de recherche et développement représentent le potentiel d'innovation de l'organisation.

---

[281] Capon N., Farley J.U. et Hoenig S., « Determinants of Financial Performance : a Meta-analysis », *Management Science*, vol. 36, n° 10, 1990, pp. 1143-1159.

[282] Grant, R.M., 1991, op. cit.

[283] Amit R., Schoemaker P.J.H., « Strategic Assets and Organizational Rents », *Strategic Management Journal*, vol. 14, n° 1, 1993, pp. 36-46, cité in Durand R., « Analyse par les ressources de la performance des entreprises françaises », *VIII Conférence Internationale de Management Stratégique*, Ecole Centrale de Paris, 26-28 mai 1999.

[284] Teece D.J., Rumelt R.P., Dosi G., Winter S., « Understanding Corporate Coherence, Theory and Evidence », *Journal of Economic Behavior and Organization*, n° 23, 1994, pp. 1-30, cité in Laroche H., Nioche J.-P., *Repenser la stratégie*, Vuibert, 1998, 380p.

[285] Verdin P., Williamson P., « Core Competencies, Competitive Advantage and Market Analysis : Forging the Links », in Hamel G., Heene A., *Competence-based Competition*., John WILEY & Sons, 1994, p. 77-111, cité in Laroche H., Nioche J.-P, 1998, op. cit.

- Importance du développement technologique pour le chef d'entreprise[288] : cet indicateur traduit le fait que le chef d'entreprise va orienter les actions vers l'innovation technologique pour obtenir un avantage concurrentiel reposant sur les innovations technologiques.
- Indice calculé de transférabilité des ressources[289] : le calcul de cet indicateur est relativement obscur dans la littérature. La transférabilité des ressources s'apprécie selon les points de vue des acteurs et le caractère plus ou moins tangible et plus ou moins disponible sur le marché des ressources. Les ressources non transférables font l'objet d'une attention toute particulière car c'est sur elles que repose l'avantage concurrentiel de l'entreprise. L'ensemble des ressources non transférables doivent faire l'objet d'investissements réguliers, et d'un entretien constant.

Le jugement du client ou du patient va s'effectuer sur un potentiel, une capacité attachée à l'entité, individu ou entreprise dont émane le produit ou le service. Cette évaluation va être le support de la confiance nécessaire à la conclusion de la transaction en situation d'incertitude.

Cette confiance repose sur deux type de jugement : la réputation et la qualification[290] :
- La **réputation** : la réputation est considérée comme un savoir acquis au cours du temps sur l'aptitude des individus d'une organisation à se conformer à des règles[291].
- La **qualification** : *« La mesure d'une capacité industrielle d'une entreprise n'est pas réductible à sa réputation »*[292]. Le jugement des clients ou des patients porte aussi directement sur les capacités de production, matérielles et immatérielles, qui témoignent d'une capacité de l'entreprise à remplir le contrat.

Selon A. Valette *« la confiance portée à un établissement s'appuie, ici sur le témoignage d'une connaissance, là sur la modernité des locaux qui laisse préjuger que l'on peut avoir confiance et que l'on sera bien soigné. Certains équipements ou certains médecins permettent dans le même temps de s'assurer que l'établissement dispose d'une certaine compétence et qu'il est donc capable de répondre à une demande particulière. S'il dispose d'un service de réanimation et d'un scanner, il est donc apte à prendre en charge les urgences. »*[293] Dans le secteur hospitalier, les ressources détenues constituent des

---

[286] Cohen W., Levinthal D.A., "Absorptive capacity, a new perspective on learning and innovation", *Administrative Science Quaterly*, 35, 1990, pp. 128-152, cité in Laroche H., Nioche J.-P, 1998, op. cit.

[287] Verdin P., Williamson P., 1994, op. cit.

[288] Cohen W., Levinthal D.A., 1990, op. cit.

[289] Dierickx I. et Cool K., « Asset Stock Accumulation and Sustainability of Competitive Advantage », *Management Science*, n° 35, 1989, pp. 1504-1511.

[290] Eymard Duvernay F., « Coordination par l'entreprise et qualité des biens », *Communication au colloque de l'économie des conventions*, 1991, cité in Valette A., *Formation des Trajectoires d'Offre de Soins : les Interactions Hôpital-Environnement*, Thèse pour l'obtention du titre de Docteur ès Sciences de Gestion, Université Paris-Dauphine, octobre 1994, 301p.

[291] Kreps D.M., « Corporate Culture and Economic Theory », miméo, Graduate School of Business, Standford University, 1988, cité in Valette A., 1994, op. cit.

[292] Kreps D.M., 1988, op. cit.

[293] Valette A., *Formation des Trajectoires d'Offre de Soins : les Interactions Hôpital-Environnement*, Thèse pour l'obtention du titre de Docteur ès Sciences de Gestion, Université Paris-Dauphine, octobre 1994, 301p.

indicateurs très important de performance pour les patients. Le degré de qualification des médecins, qui se traduit par le statut universitaire, et leur réputation sont deux éléments clefs de la confiance des patients envers les professionnels. La nature des équipements détenus est un élément essentiel de la confiance des patients envers l'établissement de santé.

2.2.4. Enseignements de ces modèles

L'intérêt de ces modèles est de qualifier une organisation en fonction des ressources qu'elle détient. L'accent est mis sur la qualification des ressources et pas uniquement sur la quantité disponible.

Cependant, les modèles des ressources reposent sur d'autres objectifs que le seul objectif d'augmenter les ressources détenues. Par conséquent, les dimensions de la performance peuvent être nombreuses : recherche de pouvoir et d'influence de la part des acteurs, recherche d'amélioration de la qualité de l'offre, recherche d'amélioration de la rentabilité par exemple.

Dans ce type de modèles, il y a un déplacement des objectifs de contribution à la performance globale du système de santé à des objectifs intermédiaires d'augmentation des ressources internes. En effet dans les établissements de soins, l'évaluation *a priori* de la qualité d'un produit comme celle de la prise en charge médicale est incertaine[294]. Par conséquent l'évaluation de la production nécessite un détour par l'évaluation des processus de production et des ressources détenues pour réaliser la production. Une illustration de ce phénomène nous est donnée par l'exemple du Camembert. Les auteurs[295] nous montrent dans leur article que la classification des différents types de camemberts selon leur qualité ne peut être faite à partir de la nature du produit. Au seul examen des compositions, un camembert traditionnel et un camembert industriel se différencient peu. La qualité doit alors être appréhendée par la manière de produire. Pour différencier ces camemberts, il faut s'intéresser aux différents systèmes de production et à la manière dont sont présentes et assemblées des ressources spécifiques. Le label a justement pour fonction d'informer le consommateur sur le processus de production utilisé. C'est dans ce sens que l'accumulation de ressources pour les établissements est une dimension de la performance organisationnelle au sens où celles-ci sont un gage de la performance globale de l'établissement.

Ce type de modèles repose sur une logique du « toujours plus ». Or, à l'heure actuelle dans le champ hospitalier cette logique ne permet plus de répondre aux objectifs du système de soins. De notre point de vue, l'enjeu aujourd'hui pour les établissements est justement de savoir faire moins pour mieux faire, de renoncer à certaines activités pour mieux réaliser les activités clefs selon les compétences détenues.

---

[294] Théorie de l'agence et asymétrie d'information.

[295] Boisard P. et Letablier M.T., « Le Camembert : normand ou normé, deux modèles de production dans l'industrie fromagère » in *Entreprises et produits*, Cahiers du centre d'étude et de l'emploi, Presses Universitaires de France, 1987, pp. 1-29, Cité in Valette A., 1994, op. cit.

2.3. MODELES DES RELATIONS HUMAINES

Les modèles des relations humaines dérivent d'une vision organique ou naturelle des organisations. Les organisations sont perçues comme des arènes politiques où de multiples parties prenantes et coalitions interagissent et où l'accent est mis sur les besoins de satisfaction des parties prenantes et sur les activités mises en œuvre par l'organisation pour se maintenir. La performance se définit comme la capacité de l'organisation à satisfaire les parties prenantes.

Les modèles de ce type se sont développés dans les années soixante et les années soixante-dix avec les travaux sur le « développement des organisations ». *« Les organisations se trouvent confrontées à leur incapacité à maîtriser les dimensions psychologiques, sociologiques et politiques inhérentes à tout système socio-technique ouvert, en transaction permanente avec l'environnement. Les organisations sont prises au piège de leur souci d'efficacité*[296] *»*. Derrière cette critique de l'efficacité, c'est la rationalité technocratique de l'idéologie dominante qui est remise en question. Le problème de l'utilisation des sciences du comportement devient en fait un problème de finalité, de valeurs en action, de praxis, de stratégie du changement social. Les finalités de l'entreprise sont remises en cause.

2.3.1. Fondements et méthodes

La performance de l'organisation est définie en terme de « santé interne »[297] avec des dimensions comme les valeurs morales, le climat, la cohésion, les conflits, le développement humain et la pérennité. L'organisation s'inscrit dans son environnement, c'est un système social ouvert qui doit répondre aux mêmes exigences de bien-être social que les autres systèmes sociaux.

Les outils d'analyse reposent sur les outils caractéristiques des sciences humaines tels les entretiens, les groupes d'échange et les mises en situation.

2.3.2. Indicateurs de la performance

Les indicateurs de performance sont fondés sur des indicateurs représentant le climat social de l'organisation et cherchent à refléter la satisfaction de chaque partie prenante.

Ainsi on trouve des indicateurs tels que les taux de grève, l'absentéisme, le taux de rotation du personnel, les accidents du travail, mais aussi des indicateurs de satisfaction

[296] Bennis W.G., Guerrin C., Bettignes (de) H.-C., *Le développement des organisations : sa pratique, ses perspectives et ses problèmes*, Dalloz, 1975, 100p. ; préface.

[297] Bennis W.G., *Toward a truly Scientific Management : The Concept of Organization Health in changing organization*, New York : Mc Grow Hill, 1966, cité in Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos A.-P. et alii, « A conceptual Framework for the Analysis of Health Care Organizations' Performance », *Health Services Management Research*, n° 11, 1998, pp. 24-48.

du personnel, satisfaction évaluée à partir de questionnaires et des indicateurs de degré de partage des valeurs entre les parties prenantes.

2.3.3. Leviers d'action de la performance

Les leviers d'action de la performance se rapportent alors aux modalités d'amélioration de la satisfaction des parties prenantes : amélioration des conditions de travail, participation du personnel à la définition des objectifs (courant de la direction participative par objectifs), congruence entre le fonctionnement de l'établissement et les valeurs fondamentales du personnel, mise en place de mécanismes de cohésion.

2.3.4. Enseignements de ces modèles

Ces modèles de performance renvoient au rôle social de l'entreprise. On peut étendre ces modèles à celui des compétences et apprentissage collectif comme source de performance « sociale » (satisfaction des acteurs) mais aussi comme source de productivité et d'efficience.

Ces modèles se sont développés en quelque sorte en réaction à une vision économique de l'organisation. Mais les applications de ces modèles ont été fortement critiquées au sens où au lieu de constituer une fin, le climat social représente alors un moyen pour améliorer la performance économique. Les techniques mises en place pour améliorer le climat social sont qualifiées de techniques de persuasion pour augmenter la productivité du travail. Ces méthodes ont été qualifiées de post-tayloriennes dans leurs conséquences sur la place de l'individu et du groupe dans les organisations. *« le développement organisationnel est une intervention stratégique, donc planifiée, dans les systèmes utilisant les connaissances récentes des sciences sociales, ayant pour objectif l'efficacité et la santé de l'organisation, impliquant les centres de pouvoir, dès l'initiation du processus. Cette paraphrase suggère à la fois le potentiel et les limites de l'approche, l'ambiguïté de ses finalités (efficacité et santé) et s'avère peu explicite quant aux moyens qu'elle utilise »*[298].

Ces modèles des relations sociales sont les modèles implicitement utilisés lorsque l'État renonce à fermer certains établissements en dépit des orientations économiques souhaitées pour maintenir l'emploi dans un bassin de population. Nous citerons à titre d'illustration les manifestations successives pour la non-fermeture de la maternité du Centre Hospitalier de Pithiviers. En effet, à partir d'un article paru dans *Sciences et Avenir* au mois d'octobre 1997 la fermeture de la maternité du centre hospitalier de Pithivier est envisagée. Le constat que dresse le magazine *Sciences et Avenir* sur l'état du système hospitalier français est accablant : *Nous avons pu dresser la liste de 478 centres (16 centres hospitaliers universitaires, 255 hôpitaux publics, 207 privés) présentant un dysfonctionnement dans leur maternité, en anesthésie ou en chirurgie. Un tiers des établissements français fait donc courir un risque potentiel à des millions d'usagers*[299] *»*.

[298] Bennis W.G., Guerrin C., Bettignes (de) H.-C, 1975, op. cit.
[299] Revue Sciences et Avenir, « la liste noire des hôpitaux », novembre 1997.

Certains hôpitaux se sont retrouvés sous les feux de l'actualité. Ainsi celui de Pithiviers, dont la fermeture du bloc opératoire avait été décidée par les autorités en juillet 1997 à la suite du décès d'une jeune femme. S'étant rendu sur les lieux, le secrétaire d'État à la santé Bernard Kouchner se heurtait à 1500 manifestants venus défendre l'hôpital. Pourtant, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) ne laissait planer aucun doute. De plus l'activité de la maternité de Pithiviers est considérée comme inefficiente économiquement et le nombre d'accouchements réalisés est insuffisant.

Cependant, fermer la maternité de Pithiviers est une décision politique que l'État hésite à prendre *« à cause de l'emploi mais aussi des élus locaux qui les défendent en oubliant que beaucoup sont dangereux et n'offrent qu'une qualité des soins médiocres*[300] *»*. Ainsi la nécessaire fermeture de ces locaux sur les critères de résultats médicaux et économiques est mise en question du fait de la nécessaire satisfaction des parties prenantes que représentent les élus locaux, les employés de l'établissement mais aussi la population environnante pour qui le maintien d'une maternité de proximité est un facteur essentiel au développement de la commune. Ainsi la maternité n'aura été fermée que le temps de remettre le bloc obstétrical aux normes.

Ainsi, les modèles de climat social et de satisfaction des parties prenantes sont très présents dans le système hospitalier. La difficulté à remettre en cause les horaires de travail des professionnels de santé pour les adapter aux besoins des prise en charge en est une autre démonstration : *« le système hospitalier ménage les acteurs plutôt que de manager les organisations*[301] *»*.

2.4. MODELES DES PROCESSUS INTERNES

Dans ce type de modèles, une organisation performante est une organisation dont les processus de production respectent des normes établies. En quelque sorte, les moyens assurent les fins. Ici, ce ne sont pas les ressources qui comptent mais la manière dont elles sont mobilisées pour la réalisation de l'activité. Ce type d'analyse est quotidiennement appliqué aux établissements de soins dans la mesure où l'activité est caractérisée par une forte asymétrie d'information et qu'il y a une obligation de moyens et non de résultats. Par conséquent, on s'assure que les moyens ont été mis en œuvre pour maximiser les chances d'obtenir de bons résultats. En quelques sortes, si les moyens correspondent aux normes fixées, alors la variabilité des résultats n'est due qu'aux caractéristiques intrinsèques des personnes prises en charges. Au niveau de la gestion, il s'agit du modèle dominant en fonction duquel est questionnée la performance des hôpitaux.

[300] Revue Sciences et Avenir, « la liste noire des hôpitaux », novembre 1997.

[301] Claveranne J.-P., « Coûts et Subsidiarité à l'hôpital », *Actes du colloque SNPHAR*, Djerba, 1-3 novembre 2000.

2.4.1. Fondements et méthodes

Ce type de modèles renvoie à l'analyse des processus de production.
« Un processus est un ensemble de moyens et d'activités liés qui transforment des éléments entrants en éléments sortants. Ces moyens peuvent inclure le personnel, les finances, les installations, les équipements, les techniques et les méthodes. Il a pour synonyme procédé »[302]. *C.* Pascal précise que *« cette définition est incomplète en ce qu'elle ne rend pas compte de l'idée centrale de finalité consubstantielle à la notion de processus.(…) l'appellation processus signifie que les éléments qui le composent, bien que divers, se tiennent et s'organisent en fonction d'un principe intégrateur et d'une logique qui fusionnent ces divers éléments en un ensemble cohérent, organisé et structuré* [303] *».*

Parmi les modèles d'appréciation de la performance sur la base des processus de production, on trouve deux types d'approches : la première approche étudie les processus de production et regroupe les modèles de type « procéduriers », la seconde approche étudie les processus de décision dans les organisations et regroupe les modèles de type « décisionnel ».

• **Modèles de type « procéduriers »**

Les méthodes utilisées dans ce type de modèles sont la formalisation des processus de production des établissements qui sont alors comparés à des normes établies par des procédures écrites. *« La procédure désigne la manière spécifiée d'accomplir une activité. Dans de nombreux cas, les procédures sont spécifiées par des documents. Lorsqu'une procédure est exprimée par un document, le terme procédure écrite est souvent utilisé. Une procédure comporte généralement l'objet et le domaine d'application d'une activité ; ce qui doit être fait et qui doit le faire ; quand, où et comment cela doit être fait ; quels matériels, équipements et documents doivent être utilisés ; et comment cela doit être maîtrisé et enregistré*[304] *».*

Le développement de l'évaluation par les normes de qualité ISO reflète exactement ce type de démarche. Ainsi, l'obtention du label « certifié ISO 9000 » atteste qu'une entreprise se conforme aux obligations édictées par les normes de qualité ISO 9001, ISO 9002 et ISO 9003, par le respect de procédures d'achat de matières premières, de contrôle et de gestion des stocks. Le postulat qui sous-tend cette démarche repose sur l'idée que seule une programmation et une standardisation complète de tous les actes permet d'obtenir la qualité[305]. Partant du principe que si les dispositifs préétablis sont satisfaisants et respectés, les produits ou services seront bons[306], elle conduit à se focaliser sur les moyens et non sur les résultats qui sont considérés alors comme difficilement évaluables en eux-mêmes. Les méthodes définies par l'Agence Nationale d'Accréditation et

[302] Normes ISO 8402, AFNOR, 1995, 46p.
[303] Pascal C., *Gérer les Processus à l'Hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble*, Thèse de Doctorat ès Sciences de Gestion, Université Jean Moulin Lyon III, janvier 2000, 475p. ; p. 158.
[304] Norme ISO 8402, AFNOR, 1995, 46p.
[305] Pascal C., 2000, op. cit. ; p. 201.
[306] Diridollou B., Vincent C., *Le client au cœur de l'organisation : le management par les processus*, Les Editions d'Organisation, 1997, 235p.

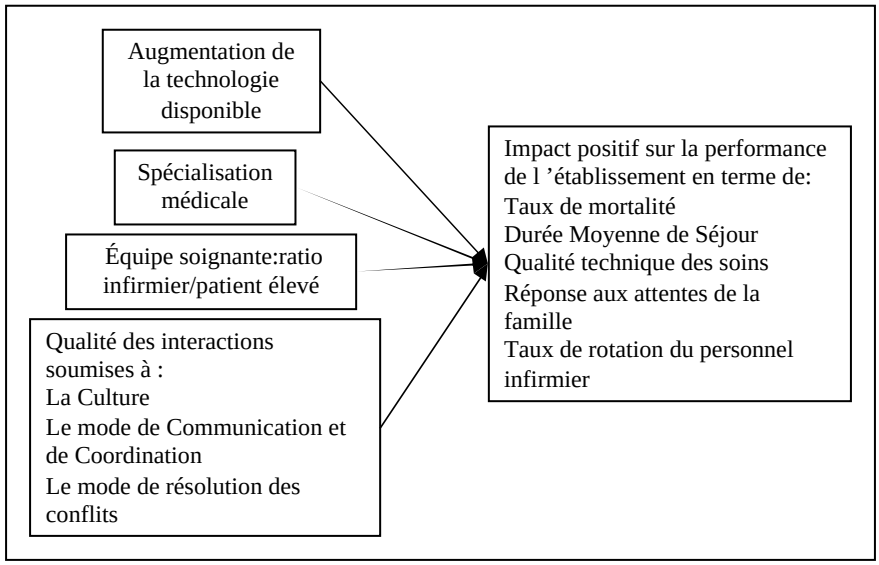
d'Évaluation en Santé (ANAES) dans le cadre de l'Accréditation des hôpitaux reposent sur ce type de modèles. Le manuel d'accréditation est un recueil de standards de processus de production.

De nombreux travaux de recherche sont menés aux États-Unis actuellement sur les procédures de gestion et les liens entre certaines formes de processus de production et la performance de l'établissement de soins. S. Shortell notamment a réalisé une étude de liens de causalité entre certaines pratiques manageriales et la performance des établissements de soins aux États-Unis[307]. S. Shortell retient cinq critères de performance : le taux de moralité, la DMS, la qualité technique des soins, la réponse aux attentes de la famille, le taux de rotation du personnel infirmier. Ces travaux ont été réalisés à partir de l'activité d'une unité de soins intensifs.

Un établissement est performant s'il fournit une meilleure prise en charge, au moindre coût tout en assurant la satisfaction des parties prenantes aux soins que sont les patients, leur famille, ainsi que les professionnels. L'hypothèse de cette étude est donc qu'un bon management peut améliorer les performances d'un service de soins intensifs.

S. Shortell cherche à déterminer s'il existe des pratiques organisationnelles qui permettent d'améliorer la performance d'une unité de soins. La structure organisationnelle est décrite en termes de technologie disponible, de mode de division du travail, de composition de l'équipe soignante et des modalités d'échange et de communication entre les professionnels. S. Shortell s'attache alors à définir l'impact des différents éléments de la structure organisationnelle sur les indicateurs de performance.

Figure 12 : Les relations pratiques manageriales et performance (Shortell 1994) :



[307] Shortell S. et alii, « The Performance of Intensive Care Units : Does Good Management make a Difference ? », *Medical Care*, vol.32, n° 5, 1994, pp. 508-525.

Dans cette étude, les éléments de nature processuelle sont traduits par les modes de communication et de coordination, et les modes de résolution de conflits. La culture représente les éléments informels de l'organisation.

En ce qui concerne les critères de performance on constate que les coûts n'apparaissent pas. Or, la définition retenue est une organisation qui assure une meilleure prise en charge, au moindre coût avec une satisfaction des patients, de leur famille et des professionnels élevés. L'impact des pratiques managériales sur les coûts n'est pas relaté dans l'article cité. Or, sans contrainte de coût, il nous paraît beaucoup moins difficile d'améliorer la performance d'une unité. En effet, faire augmenter le ratio infirmier/patient jusqu'à 1 améliore la probabilité d'avoir une prise en charge de qualité (toutes choses égales par ailleurs), avec un interlocuteur fixe, qui a le temps d'écouter les attentes du patient et de sa famille.

Ce type d'étude est cependant très intéressant car il amorce une véritable réflexion sur les pratiques manageriales et leur influence sur la performance des établissements de santé. Cette réflexion est à notre sens l'élément incontournable de la performance hospitalière, elle en constitue le levier fondamental à l'heure actuelle, car les pratiques manageriales constituent l'essence même de la capacité d'une organisation à fédérer ses acteurs autour d'une vision partagée de la performance.

• **Modèles de types décisionnels**

La deuxième catégorie de modèles reposant sur les processus de production est en quelque sorte moins « normative » au sens où elle s'appuie sur les processus de décision ainsi que sur la coordination interne comme variable clef de gestion de la complexité et de l'incertitude. Une organisation performante est alors une organisation qui fonctionne sans heurt, sans tension interne excessive.

« L'histoire récente des sciences de la décision est une succession d'observations et de recherches qui ont progressivement ébranlé les fondements des représentations traditionnelles de la décision. Ce mouvement a abouti (…) à une démarche scientifique permettant la formalisation, l'analyse et la compréhension des processus de décision réels »[308]. Dans ces modèles, *« l'approche rationnelle, c'est-à-dire au premier sens du terme « qui provient de la raison et non de l'expérience » se voit remplacée par une méthodologie plus expérimentale faisant largement appel à l'observation in vivo des processus de décision réels, tels qu'ils sont vécus ou ressentis par l'organisation »*[309].

L'analyse des processus de décision occupe à l'heure actuelle une place importante dans les études de performance des organisations.

[308] David A., *Négociation et coopération pour le développement des produits nouveaux au sein d'une grande entreprise industrielle : analyse critique et rôle des outils d'aide à la décision*, Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Sciences de Gestion, Université Paris-Dauphine, 1988, 279p.
[309] David A., 1988, op. cit. ; p. 9.

A. David ajoute à ce propos :
« De nombreuses recherches expérimentales ont donc abouti, à partir notamment des premiers travaux de H.A. Simon, R.M. Cyert et J.-G. March à la constitution d'un corpus de connaissance et de concepts théoriques très importants, très diversifié et marqué par le caractère pluridisciplinaire des méthodologies et des grilles d'analyse utilisées. Parmi les études les plus célèbres, on pourra citer l'affaire des missiles de Cuba[310], le cas du conglomérat[311], l'histoire et l'analyse des décisions RER et Aérotrain[312](…). »[313]

Les « affaires » actuelles concernant le « sang contaminé », les problèmes de « vaches folles » renvoient directement à des dysfonctionnements dans les processus de prise de décision. Les responsabilités collectives invoquées lors d'accidents médicaux dans les hôpitaux renvoient aussi au problème de la prise de décision en situation complexe ou de nombreux acteurs interviennent. La décision est aujourd'hui diluée voire parfois non affectée explicitement et le défaut de décision conduit parfois à de graves accidents. C'est pourquoi le modalités de prise de décision et de coordination des décisions et actions dans les établissements de santé font l'objet de recherches de plus en plus nombreuses. Ces recherches renvoient aussi au rôle des pratiques manageriales dans les organisations de santé.

Chacun des membres de l'organisation doit avoir une idée de la finalité de l'action engagée par l'entreprise. La coordination interne se matérialise par un contrôle le plus strict possible des procédures mises en place pour l'organisation du travail et le respect des objectifs stratégiques globaux[314]. Les procédures les plus aisément observables concernent le suivi par un contrôle de gestion des différentes étapes des processus industriels et organisationnels de l'activité de l'organisation. Par conséquent, plus le contrôle de gestion diffuse de l'information aux chefs de service ou responsable de division, plus la coordination interne est *a priori* à même d'être améliorée. Par conséquent l'information est le point clef de la prise de décision. Ces mécanismes de coordination plus ou moins transversaux obéissent à une logique de production différente centrée sur l'innovation et la conduite de projets[315] [316].

La constitution d'aptitudes organisationnelles permettant un usage plus rapide et plus efficace des ressources idiosyncrasiques de l'organisation passe par la mise en place de

---

[310] Allison G.T., *The essence of decision : Explaining the Cuban Missile Crisis*, Boston, Little, Brown and C°, 1971, cité in David A., 1988, op. cit.
[311] Bower J., *The Allocation of resources in a large organization. A field of study*, Colombia University, 1967, cité in David A., 1988, op. cit.
[312] Sfez L., *Critique de la décision*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 3e Edition, 1981, 391p.
[313] David A., 1988, op. cit. ; p. 12.
[314] Mc Grath R.G., Mc Millan I., Venkatraman S., « Defining and Developing competence : a strategic process paradigm », *Strategic Management Journal*, n° 16, 1995, pp. 251-275.
[315] Christensen J.F., « Analyzing the Technological Base of the firm », *Conference Eunetics*, Sept. 1994, Strasbourg, publié in Sanchez R., Heene A., Thomas H, *Dynamics of Competence-based Competition*, Pergamon, 1996, 403p.
[316] Mueller F., « Teams between Hierarchy and Commitment : change Strategies and the Internal-environment », *Journal of Management Studies*, n° 31, 1994, pp. 383-403.

modes de structures spécifiques : groupes de travail, comités de veille stratégique, coordination transversale[317].

2.4.2. Indicateurs de performance

Les indicateurs retenus dans les modèles de type procédurier sont des indicateurs de respect des processus standards de production : ainsi à titre d'exemple, l'ANAES, dans le cadre de la procédure d'accréditation des établissements de soins, a défini une grille comportant l'ensemble des standards à respecter. Les établissements dans la phase d'auto-évaluation, précédant la visite d'accréditation, vont donc évaluer item par item la conformité de leurs processus de production aux dits standards de qualité.

Dans les modèles de type décisionnel, les indicateurs reposent sur l'appréciation des professionnels sur la coordination interne : degré d'information, de contrôle et de suivi des activités à l'intérieur de l'organisation d'une part et sur la validité des décisions prises d'autre part.

2.4.3. Leviers d'action de la performance

Les leviers d'action de la dimension procédurale de la performance résident dans la formalisation des procédures de production : ainsi le référentiel d'accréditation des établissements de soins rédigé par l'ANAES procède de cette recherche d'amélioration de la performance par la rationalisation des pratiques médicales, soignantes et de gestion. Les leviers d'action de la dimension décisionnelle résident dans la formalisation des processus de décision, formalisation qui repose sur une définition claire des rôles et tâches de chacun.

2.4.4. Enseignements de ces modèles

Ces modèles sont adaptés dans le cas d'activités où existe une forte asymétrie d'information. On évalue alors les processus de production pour évaluer l'activité elle-même. Nous sommes dans la troisième définition de la performance : la performance est l'action.

Les modèles de type « décisionnels » ont l'avantage de poser la question de l'information et des modes de prise de décision. Ces modèles posent effectivement le problème de la prise de décision dans des organisations de type bureaucratique qui sont entrées dans une sorte de cercle vicieux de la règle qui rend impossible toute décision et freine la réactivité[318]. Aujourd'hui la décision est un enjeu majeur dans les organisations hospitalières. La spécialisation des métiers conduit à un multiplication des intervenants lors d'une prise en charge ce qui rend aiguës les difficultés de coordination et de prise de

[317] Tarondeau J.-C., « La transversalité dans les organisations ou le contrôle par les processus », *Revue Française de Gestion*, n° 104, 1995, pp. 112-121.

[318] Merton R.K., *Social Theory and Social Structure*, (trad. 1953 *Eléments de théorie et de méthode sociologique*), Plon, 1949.

décision. Les modèles de processus de décision soulèvent alors la problématique de la responsabilité liée à la décision.

Nous avons présenté quatre types de modèles d'appréhension possible de la performance hospitalière. Les études réalisées sur la base de ces modèles explorent généralement une seule dimension de la performance. Nous présentons dans la section suivante les approches combinatoires des plusieurs dimensions de la performance.

3. APPROCHES COMBINATOIRES DES DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE

Les approches combinatoires regroupent l'ensemble des recherches réalisées sur la modélisation de la performance hospitalière combinant différents niveaux et différentes dimensions de la performance. Nous commençons l'étude de ces approches par les travaux du GRIS sur la conceptualisation de la performance organisationnelle, nous présentons ensuite les travaux de recherche mené par l'équipe de recherche de R. Sainsaulieu sur la performance globale, étude réalisée sur plusieurs secteurs économiques. Enfin nous présentons les travaux de A. Donabedian, précurseur dans l'appréhension globale de la performance, puisque dès 1966 celui-ci commence des recherches sur les différents critères d'appréciation de la qualité des soins et leur inscription dans la performance globale du système sanitaire américain.

3.1. APPROCHE INTEGRATRICE FONDEE SUR LA THEORIE DU SYSTEME SOCIAL DE PARSONS[319]

Les travaux de recherche menés par Sicotte et alii[320] s'appuient sur les courants américains de recherche sur la performance organisationnelle, courants qui s'opposent aux conceptions *traditionnelles* de l'appréhension unidimensionnelle basée sur la recherche d'efficience économique de la performance hospitalière.

Cette nouvelle forme d'appréhension de la performance hospitalière a stimulé la réalisation de plusieurs travaux portant sur la performance hospitalière outre Atlantique. La plupart de ces travaux s'intéressent aux liens entre les performances relatives observées et certaines caractéristiques organisationnelles et cliniques[321] [322] [323] [324] [325]. Ils tentent ainsi de repérer les caractéristiques qui, combinées, permettraient d'améliorer la

[319] Parsons T., *The Social System*, Free Press, 1951, 575p.
Parsons T., *Social Systems and the Evolution of Action Theory*, Free Press, 1977, 420p.

[320] Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos A.-P. et coll, « A Conceptual Framework For The Analysis of Health Care Organizations' Performance », *Health Services Management Research*, n° 11, 1998, pp. 24-48.

[321] Burgess J.F., Wilson P.W., « Hospital Ownership and Technical Inefficiency », *Management Science*, vol. 32, n° 1, 1996, pp. 87-112.

[322] Goes J.B., Zhan C., « The Effects of Hospital-Physician Integration Strategies on Hospital Financial Performance », *Health Services Research*, vol. 30, n° 4, 1995, pp. 507-530.

[323] Magnussen J., « Efficiency Measurement and the Operationalization of Hospital Production », *Health Services Research*, vol. 31, n° 1, April 1996, pp. 21-37.

[324] Ozcan Y.A., Luke R.D., Haksever C., « Ownership and Organizational Performance : A Comparison of Technical Efficiency across Hospital Types », *Medical Care*, n° 30, 1992, pp. 781-794.

[325] Sexton T.R., Leiken A.M., Nolan A.H. et alii, « Evaluating Managerial Efficiency of Beterans Administration Medical Centers using Data Envelopment Analysis », *Medical Care*, n° 22, 1989, pp. 922-938.

performance des hôpitaux. Ces recherches ont ainsi mis en lumière la complexité du problème en identifiant un nombre élevé et une large diversité de caractéristiques semblant significatives.

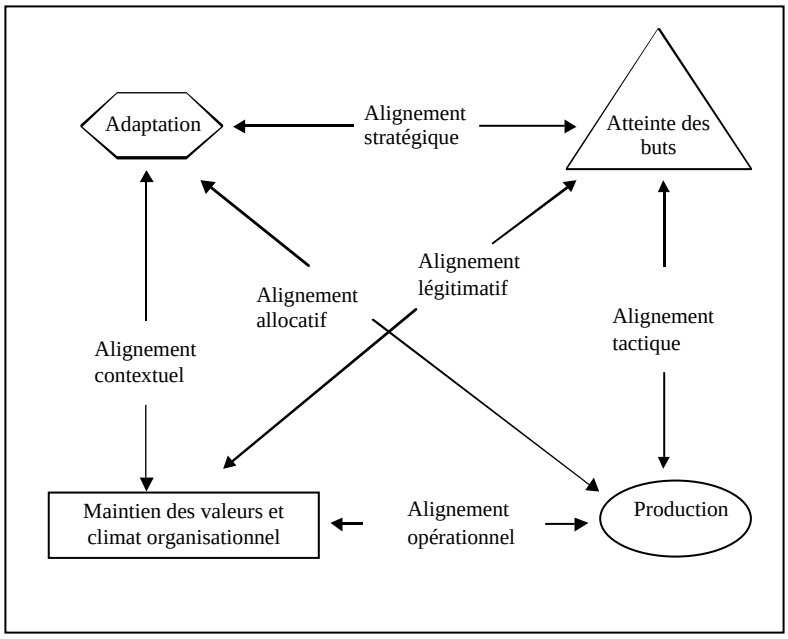
Ainsi, l'approche organisationnelle de la performance conduit à prendre en compte dans l'analyse toutes les fonctions de l'organisation et non plus seulement celle d'atteinte des objectifs au moindre coût. Dans cette « lignée », les travaux de recherche menés par Sicotte et alii[326] sont partis d'une grille de lecture de l'organisation basée sur la théorie du système social de Parsons[327].

Le modèle de Parsons dégage 4 fonctions fondamentales d'un système social pour assurer sa pérennité. Un système social est (1) orienté par des missions, (2) il est en relation avec l'environnement pour obtenir des ressources et les transformer, (3) il doit intégrer les processus internes pour assurer la production et (4) il maintient les valeurs et normes qui accompagnent et contingentent les trois précédentes fonctions. Parsons définit les quatre fonctions essentielles qu'une organisation doit accomplir pour survivre : fonction d'atteinte des buts, fonction d'adaptation à l'environnement, fonction de production, fonction de maintien des valeurs et du climat organisationnel.

Une organisation performante est une organisation qui parvient à maintenir un équilibre dynamique résultant des interactions et des échanges continus entre ces quatre fonctions. L'équilibre résulte de la pertinence de chacune des fonctions par rapport aux missions de l'organisation et de la cohérence d'ensemble de ces fonctions. Par exemple, le choix des buts de l'organisation conditionne les mécanismes de mise en œuvre et de contrôle de la fonction de production. En retour, la fonction de production agit par ses impératifs et résultats sur le choix des buts de l'organisation. L'organisation est caractérisée par chaque dimension et par les interactions entre ces dimensions qualifiées d'alignement.

[326] Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos A.-P., « La Performance Organisationnelle des Organismes Publics de Santé », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol.6, n° 1, 1999, pp. 34-46.
[327] Parsons T., 1951, op. cit.

Figure 13 : Modèle de performance organisationnelle (in Sicotte et alii)



Méthodes et fondements

Le modèle de l'action du système social de Parsons (Parsons 1951, 1977, Parsons et Platt[328], Parsons et Smelser[329]) définit les conditions de pérennité d'une organisation. L'évaluation de la performance peut alors se définir comme un construit multidimensionnel fondé sur un jugement obtenu à partir de la confrontation des différentes parties prenantes sur les qualités générales et spécifiques qui caractérisent la valeur relative d'une organisation.

Critères

Une organisation performante est une organisation qui parvient à maintenir un équilibre entre les quatre fonctions. Par conséquent, les critères d'appréciation de la performance portent sur les caractéristiques de ces quatre fonctions et se définissent pour la fonction d'adaptation par la capacité de l'organisation à s'adapter à son environnement, c'est-à-dire à obtenir et mobiliser les ressources pour cela ; la fonction d'atteinte des buts est appréciée au regard des trois critères d'efficacité, d'efficience économique, et de satisfaction des parties prenantes ; la fonction de production est appréciée au travers de l'efficience productive ; la fonction de maintien des valeurs est appréciée sur la base de la qualité des soins et du climat organisationnel. Chacune de ces fonctions doit s'aligner avec les autres pour assurer la performance globale de l'organisation et cet alignement est évalué en termes de pertinence, d'opportunité, d'impact et de congruence.

[328] Parsons T., Platt G., *The American University*, Cambridge : Harvard University Press, 1973, 463p.
[329] Parsons T., Smelser N.J., *Economy and Society*, London : Routledge & Paul, 1956, 322p.

Tableau 17 : Critères d'appréciation de la performance de l'organisation (Sicotte et alii)

Alignements entre fonctions	Fonctions de l'organisation	Critères de performance
Pertinence	Fonction d'adaptation	Capacité à acquérir des ressources Capacité à être présent sur le marché Capacité d'innovation et d'apprentissage Capacité à mobiliser ses ressources Capacité à répondre aux besoins de la population
Opportunité	Fonction d'atteinte des buts	Efficacité Efficience Satisfaction des parties prenantes
Impact	Fonction de production	Le volume de production La coordination des facteurs de production La productivité
Congruence	Fonction de maintien des valeurs	Qualité des soins : humanisation, accessibilité, continuité, qualité technique appropriée, satisfaction du patient Consensus interne sur les valeurs fondamentales Le climat de collaboration

3.1.1. Intérêts et limite

L'intérêt de ce modèle est :

- De réunir différents modèles fragmentés de performance hospitalière pour proposer un modèle de performance organisationnelle : modèle de la rationalité des objectifs (rational goal model), modèle d'acquisition des ressources, modèle des processus internes de décision, modèle des relations humaines[330 331 332].
- Énoncer un modèle intégrateur où la complémentarité et l'antagonisme des différents critères de performance sont pris en compte tout en conservant les spécificités de chacun.
- Enrichir le concept de performance en définissant plusieurs dimensions de la performance hospitalière généralement négligées.
- Proposer une grille de lecture de la performance organisationnelle sans opérer de pondération à visée universelle des différentes dimensions retenues.

L'apport de ce genre de modèle est de prendre en compte tant les dimensions explicites de l'organisation que les dimensions implicites. En effet, l'organisation et l'organisation sanitaire qui plus est, est souvent repérée par sa mission principale (améliorer l'état de

[330] Cameron K, Whetten DA., 1983, op. cit.
[331] Seashore S. E., 1983, op. cit.
[332] Quinn R.E. et Rohrbaugh J, 1983, op. cit.

santé de la population) en occultant les missions « secondaires » qui correspondent aux activités mises en œuvre pour réaliser la mission principale (hospitaliser, faire de la prévention…). À la vision mécaniste de l'organisation hospitalière se substitue une vision organique[333]. L'activité de l'organisation et ses performances sont le résultat de nombreux éléments, humains ou non, en interactions avec des logiques propres et des rationalités limitées[334].

Une limite, cependant, réside dans la portée opérationnelle de ce modèle. En effet, ce modèle a pour objectif de donner une grille de lecture de la performance hospitalière, grille de lecture exhaustive au sens où l'on peut rattacher tous les éléments de l'activité de l'hôpital à l'une ou l'autre des fonctions. Dans les faits, le « classement » n'est pas facile. Par exemple, le classement du concept de *qualité des soins* prête à confusion. Cet item peut tour à tour être classé dans la fonction de production en tant que critère d'évaluation de celle-ci ou dans la fonction d'atteinte des buts en tant que critère d'efficacité. Ainsi, cette typologie, et surtout les critères retenus pour apprécier la performance sont quelque peu difficile à appréhender et à rendre opérationnel pour la recherche de performance de l'offre de soins hospitalière.

Une série de recherches sur le terrain ont été entreprises par le GRIS de manière à tester le modèle de performance proposé en identifiant les représentations de la performance hospitalière qu'entretiennent les différents groupes d'acteurs œuvrant au sein de l'hôpital selon deux axes[335] : un axe qualitatif centré sur la tenue d'entrevues et un axe quantitatif par un questionnaire. À notre connaissance, les résultats de ces travaux n'ont pas encore donné lieu à une publication.

3.2. APPROCHE CONTINGENTE : LES TRAVAUX MENES PAR R. SAINSAULIEU

Dans leur ouvrage *Les mondes sociaux de l'entreprise*[336], les auteurs relatent un travail de recherche qui a visé à rendre compte de la diversité des fonctionnements des entreprises contemporaines et de la diversité des modes d'évaluation de leurs performances. Les travaux de recherche relatés, ont été menés par Sainsaulieu et alii sur une période allant de 1987 à 1997 avec comme objectif initial de fournir une typologie empirique valide des entreprises pour les politiques de gestion : « *vouloir stimuler les énergies et motivations*

[333] La vision mécaniste d'une organisation repose sur les éléments formels et objectifs de l'organisation, son fonctionnement est assimilé au mode de fonctionnement d'une machine où la totalité des phénomènes peut être ramenée à une combinaison de mouvements physiques. La vision organique quant à elle repose sur les éléments informels et sur les interactions humaines au sein de l'organisation, cette vision accorde à l'organisation une individualité propre, différente de celle des éléments la constituant.

[334] au sens de March et Simon.

[335] Sicotte C., Champagne F., Creneau R., Bronsard A., « La performance de l'hôpital, un concept en construction », *Le courrier de l'Evaluation en Santé*, n° 19, nov. 2000, pp. 2-7.

[336] Francfort I., Osty F., Sainsaulieu R., Uhalde M., *Les mondes sociaux de l'entreprise*, Desclée de Brouwer, 1998, 611p.

individuelles supposait que l'on puisse en situer les effets dans les milieux sociaux qui leur donnaient vie[337] *».*

Conçue comme un lieu de construction du social, l'entreprise prend alors successivement le visage d'un espace de contrainte et de domination, d'un lieu d'insertion professionnelle et sociale, d'un système de négociation d'identité professionnelle naissante ou encore d'un creuset d'apprentissage de nouveaux repères culturels. Elle se présente comme une institution composite.

Mais l'entreprise se définit aussi comme un acteur économique. Elle produit des richesses, dégage des bénéfices, se fixe des objectifs commerciaux. Elle vise toujours *a minima* sa survie, en restant sans cesse suspendue à l'éventualité de sa disparition. Monde social et acteur économique, l'entreprise se définit fondamentalement par ces deux dimensions, traitées de manière indépendante.

Les performances des entreprises sont analysées comme un résultat privilégié de leur action économique. Elles n'existent et ne se développent qu'en parvenant à tirer de leurs activités des profits suffisants, ou en obtenant une légitimité satisfaisante auprès des usagers, pour les organisations de service public. L'action est économique, mais les performances ne résument pas aux résultats économiques, par conséquent, la performance est un indicateur complexe et multidimensionnel qui ne se réduit pas à la notion de profit. Les auteurs ont alors cherché à définir les dimensions de la performance, à élaborer des indicateurs de ces dimensions et à proposer une évaluation de la performance des entreprises françaises de leur échantillon.

3.2.1. Méthodes et fondements

Les auteurs se sont appuyés sur les travaux effectués sur la performance des entreprises pour définir les dimensions de la performance globale et notamment sur les travaux menés autour des années soixante par les tenants de la théorie de la contingence.

Ainsi, pour Joan Woodward[338], le succès des entreprises peut être appréhendé à travers quatre critères : le profit, la part de marché, le taux de croissance, et les plans futurs. Ces critères sont pondérés par trois dimensions « contextuelles » : l'unité de mesure appliquée au produit dans l'entreprise, le volume de production de l'industrie de référence, et la nature du marché. À ces critères, J. Woodward ajoute des critères plus subjectifs : la réputation de l'entreprise, le taux de renouvellement du personnel et les chances de faire carrière dans l'entreprise.

[337] Francfort I., Osty F., Sainsaulieu R., Uhalde M., 1998, op. cit. ; p. 9.

[338] Woodward J., « Management and Technology » in Burns T., *Industrial Man*, Norwich, 1958, traduit en français in Chanlat J.-F., Seguin F., *L'analyse des organisations, une anthologie Sociologique*, Tome II, Québec, Editions Préfontaines, 1983.

Lawrence et Lorsch[339], quant à eux, établissent leur recherche comparative sur la base de trois critères principaux : l'évolution des profits, l'évolution des volumes des ventes et la proportion de nouveaux produits lancés. Ils déduisent de cette analyse que la notion de performance ne renvoie à aucun standard universel. Il convient toujours d'en établir le contenu. Et les options retenues diffèrent très sensiblement. La notion de performance est multidimensionnelle et relative : ses dimensions et son évaluation varient selon les critères auxquels on s'intéresse, entre autres, la productivité, la flexibilité, la qualité et la rentabilité.

L'étude réalisée par les auteurs pour appréhender les dimensions de la performance des organisations est basée sur un échantillon d'entreprises constitué à 49 % d'entreprise de production (biens intermédiaires, équipements et biens consommables), pour 30 % d'entreprises de services marchands (commerce et services bancaires, de restauration, de conseils, de santé, culturels et sportifs) et pour 21 % de services non marchands (administrations, enseignements, recherche et collectivités territoriales).

Tableau 18 : Synthèse de la répartition des entreprises par secteurs d'activité (Francfort et alii)

Effectifs / Secteur d'activité	Proportion de salariés dans l'échantillon	Proportion de salariés en France	Proportion des entreprises dans l'échantillon	Proportion des entreprises en France
Production	63 %	36,5 %	49 %	27,5 %
Services marchand	28 %	45 %	30 %	65,5 %
Services non marchands	9 %	18,5 %	21 %	7 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Globalement, tous les secteurs de l'activité nationale sont représentés dans l'échantillon même si le secteur productif est plus représenté que les autres secteurs.

Les préalables théoriques conduisent à élaborer une grille d'exploration des performances *« la plus large possible »*, intégrant au mieux les divers problèmes d'objectivation.
Quatre dimensions principales de la performance sont étudiées :
• Performance économique
• Performance commerciale
• Performance productive
• Performance sociale

Il s'agit d'un jugement relatif, procédant d'une comparaison externe. Il suppose que soit repéré au cas par cas un milieu de référence. A ces quatre dimensions sont affectées des indicateurs de mesure de ces dimensions tels que présentés dans le tableau ci-dessous.

[339] Lawrence P.R. et Lorsch J.W., *Adapter les structures de l'entreprise*, Paris Editions de l'organisation, 1994 (première édition 1969), 237p.

Tableau 19 : Les variables d'analyse de la performance des entreprises[340]

Performance économique	Performance commerciale	Performance productive	Performance sociale
Profitabilité Rentabilité Capacité d'autofinancement Respect des budgets	Chiffre d'affaires Volume des ventes Parts de marché	Taux d'utilisation de l'outil de production Productivité du travail Qualité Respect des délais Taux de panne des machines	Taux de grève Climat social Absentéisme Taux de rotation du personnel Accidents du travail

L'analyse comparative a été réalisée à partir d'une analyse factorielle et a alors donné lieu à un repérage des principales tendances de corrélations entre les critères de performance retenus.

Ces principales tendances sont :

- La mise en évidence d'une logique de performance globale : *« le classement comparatif des entreprises selon leurs performances s'ordonne autour de deux axes, la performance économique et commerciale et la performance productive de manière relativement linéaire. Il semble donc exister une logique de performance globale[341] »*. Ainsi sont distinguées des entreprises globalement performantes et des entreprises globalement non-performantes. La notion de performance globale dégagée est importante. Certaines dimensions de la performance pour les entreprises comprises dans l'échantillon varient globalement dans le même sens. Pour la plupart des entreprises, les critères qui composent ces dimensions (profitabilité, rentabilité, capacité d'autofinancement et chiffre d'affaires, volume des ventes, parts de marché) varient dans le même sens et indiquent une progression ou une régression globale.

- L'indépendance des variables classiques de performance sociale : *« le troisième résultat marquant de cette analyse repose sur l'absence de corrélation manifeste entre les cinq critères de performance sociale (conflits, climat social, absentéisme, turn-over, accidents du travail) et les autres dimensions[342] »*. Les résultats de cette étude indiquent une relation peu concluante entre les dimensions économiques et sociales du fonctionnement.

  Ce constat signifie que, quels que soient les résultats économiques, commerciaux et productifs des entreprises, les résultats « sociaux » peuvent être bons ou mauvais. La performance des trois premières dimensions et les dysfonctionnements sociaux semblent répondre à des processus indépendants. Les entreprises peuvent ainsi être

[340] Francfort I., Osty F., Sainsaulieu R., Uhalde M., 1998, op. cit., p. 501.
[341] Francfort I., Osty F., Sainsaulieu R., Uhalde M., 1998, op. cit., p. 502.
[342] Francfort I., Osty F., Sainsaulieu R., Uhalde M., 1998, op. cit., p. 504.

économiquement en progression, tout en connaissant un fort taux de rotation du personnel et un climat social en dégradation. À l'inverse, elles peuvent aussi bien présenter tous les signes d'une amélioration sociale, mais décliner économiquement. Ceci signifie alors que le climat social n'influe que peu sur les autres dimensions de la performance.

3.2.2. Enseignements

Nous retenons quatre enseignements majeurs

- Il n'existe aucun critère universel de performance.
- Il n'existe aucune norme extérieure intangible pour juger du niveau de performance de l'ensemble des organisations. On s'intéressera donc à une évaluation relative des entreprises par rapport à des milieux de référence.
- La performance est composite et multidimensionnelle. Il semble difficilement justifiable de la réduire d'autorité à certaines dimensions présumées clefs (par exemple la rentabilité ou la productivité).
- La performance constitue davantage un processus échelonné dans le temps qu'un simple état. Le développement de l'organisation nécessite un effort permanent d'articulation de facteurs hétérogènes (machines, procédures, hommes). Il relève fondamentalement d'un processus dynamique. De ce fait, l'évaluation de la performance doit intégrer de manière homothétique la dimension temporelle.
- Il faut distinguer performance individuelle et performance globale.

Le mode d'appréhension de la performance dans l'étude menée comporte plusieurs axes importants :

- La performance procède d'un effet combiné de plusieurs variables.
- Ensuite se pose le problème du niveau organisationnel auquel se porte l'évaluation. Des individus, ou des services de l'entreprise peuvent être performants et ces performances locales peuvent très bien se contrarier au point de produire une contre performance globale.
- Il convient enfin de distinguer la temporalité de référence : une performance à court terme peut très bien signifier une inefficacité à long terme et inversement.
  Ceci a pour intérêt à notre avis de prendre effectivement en compte la nécessaire non pas « relativisation » mais plutôt « modularité » des jugements dans l'espace et dans le temps.
- La dimension sociale semble avoir peu d'impact sur les autres dimensions de la performance. Ceci signifie que la dimension « relations humaines » n'a que peu d'effets induits sur les autres dimensions de la performance. Par conséquent, quel que soit le degré de satisfaction des parties prenantes à l'organisation, les performances économiques, commerciales et productives ne sont pas affectées. Ce résultat est à tempérer par les indicateurs retenus pour apprécier le climat social. En effet, ces indicateurs sont des indicateurs négatifs (taux de rotation du personnel, taux d'absentéisme, grève) et ne représentent qu'une facette du climat social.
- Il existe une logique de performance globale.

3.3. QUALITE ET PERFORMANCE GLOBALE CHEZ A. DONABEDIAN

Le premier article de A. Donabedian date de 1966[343]. Cet article a bouleversé à l'époque les fondements de l'évaluation de la qualité des soins aux États-Unis en intégrant dans les critères d'évaluation non plus les seuls résultats de la prise en charge, mais aussi la structure et les processus. Nous nous sommes intéressée à ces travaux car, bien que centré sur la qualité, A. Donabedian s'inscrit dans une recherche de performance globale.

L'article de 1966 est présenté par l'auteur comme un essai de description et d'appréciation des méthodes d'évaluation de la qualité utilisées dans le milieu médical. Ce qui le conduit à proposer une méthode alternative, combinaison des différentes méthodes existantes. Son approche a donné lieu par la suite à trois ouvrages[344] dans les années 1980 présentant la définition retenue de la qualité (volume I), les critères et standards de la qualité (volume II) et les méthodes d'évaluation et de pilotage de la qualité (volume III).

3.3.1. Description des travaux

Le premier apport important de A. Donabedian est d'avoir démontré qu'il était possible de définir les dimensions de la qualité des soins. Il retient deux composantes de la qualité des soins : la qualité technique qui relève de l'application de la science médicale et technologique de manière à maximiser les bénéfices sans augmenter les risques et la qualité interpersonnelle qui relève de la rencontre des valeurs et normes socialement définies, propres à chaque individu.

Pour définir les dimensions de la qualité, A. Donabedian a réalisé des questionnaires auprès des patients et des professionnels de santé[345].

---

[343] Donabedian A., « Evaluating the Quality of Care », *Milbank Memorial Fundation Quality*, vol. 49, n° 3, part.2, July 1966, pp. 166-206.

[344] Donabedian A., *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* : *the Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Health Administration Press, 1980, Tome I, 163p.

Donabedian A., *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* : *the Criteria and Standards of quality*, Health Administration Press, 1982, Tome II, 504p.

Donabedian A., *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* : *the Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring*, Health Administration Press, 1985, Tome III, 529p.

[345] Les résultats de cette enquête sont relatés dans A. Donabedian, Tome I, op. cit.

Tableau 20 : Quelques critères de qualité présentés par A. Donabedian (Tome I)

Critères de qualité pour les patients	Critères de qualité pour les praticiens
Attitude du praticien *Donner de l'information* *Prendre des mesures préventives* *Minutie* *Suivi des soins* *Respect de l'intimité*	**Gestion des relations interpersonnelles** *Responsabilité professionnelle* *Attitude responsable* *Sensibilité psychologique* *Soutien psychologique* *Éducation du patient*
Disponibilité *De l'hôpital* *Des soins* *Des praticiens* *Tâches administratives facilités*	**Accessibilité, continuité, coordination** *Disponibilité des praticiens* *Sollicitation de l'équipe médicale* *Sollicitation des ressources communes* *Revue des problèmes* *Revue des traitements* *Suivi*
Continuité - confort *Continuité des soins* *Continuité du praticien* *Confort des services*	
Accessibilité *Coût des soins* *Prise en charge des urgences* *Système de paiement* *Couverture médicale* *Facilité du bilan médical*	**Aspects techniques** *Critères d'appréciation propres à chaque discipline médicale*

À partir de cette étude, A. Donabedian conclut que les critères de la qualité des soins sont très nombreux et différents selon, d'une part, la place de l'individu dans le système de soins et, d'autre part, selon les caractéristiques de chaque individu. *« Many problems are present at this fundamental level, for the quality of care is a remarkably difficult notion to define (…) as such, the definition of quality may be almost anything anyone whishes it to be »*[346] [347].

Par conséquent on ne peut mesurer directement la qualité intrinsèque des soins, mais l'on peut en donner des critères. De son étude sur la définition de la qualité A. Donabedian retient que l'on peut classer les critères de qualité selon trois axes : la Structure, les Processus, Les résultats.

Il analyse alors la stabilité des relations entre les trois paramètres Structure, Processus et Résultats et la qualité des soins. Il décentre l'évaluation de la qualité elle-même sur l'évaluation de paramètres qui ont *a priori* une relation stable avec la qualité. On utilise alors des indicateurs indirects de qualité puisqu'on ne peut en définir de directs. Les indicateurs de qualité retenus deviennent alors des indicateurs de « juste structure »,

[346] De nombreux problèmes se posent : la qualité des soins et une notion particulièrement difficile à définir (…) à tel point que sa définition est à la libre appréciation de chacun.
[347] Donabedian A., 1966, op. cit. ; p. 167.

« justes processus », et « justes résultats » au sens où le caractère « juste » de ces paramètres assure une plus grande probabilité de qualité des soins.

La **structure** a un impact sur la qualité en ce sens qu'elle augmente la probabilité d'une prise en charge performante. On retrouve ici la notion de potentiel évoquée dans le type de modèles des ressources. La relation structure-qualité est décrite de la sorte :
« Structure, therefore is relevant to quality in that it increases or decreases the probability of good performance (…) I believe that good structure, that is, a sufficiency of resources and proper system design, is probably the most important means of protecting and promoting the quality of care[348] [349] ».

Les **résultats** sont définis comme le changement dans l'état de santé de l'individu présent et futur. Ce changement d'état permet de mesurer la qualité des soins. Si le changement d'état est positif pour le patient alors on peut en conclure à une certaine forme de qualité des soins. *« The study of outcomes is the other of the indirect approaches that I have said to be used to assess the quality of care. In this book, I shall use outcome to mean a change in a patient's current and future health status that can be attribute to antecedent health care*[350] [351] ».

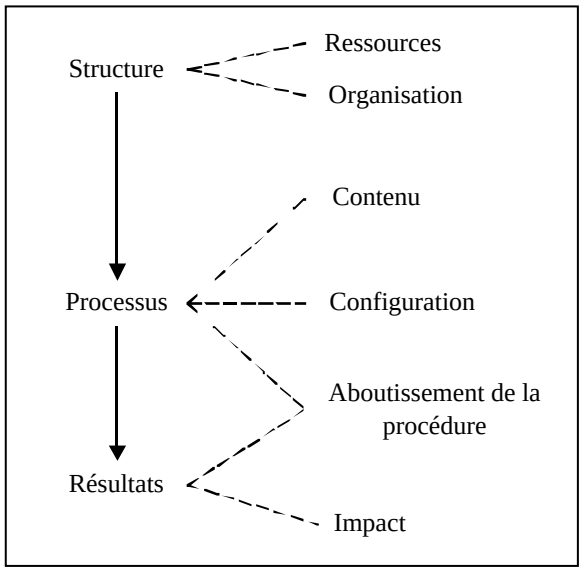
Les **processus** font références aux pratiques professionnelles des médecins et soignants exclusivement et non aux processus organisationnels. A. Donabedian s'appuie sur les travaux de recherche établissant la relation processus-qualité. *« Once it has been established that certain procedures used in specified situations are clearly associated with good results, the mere presence or absence of these procedures in these situations can be accepted as evidence of good or bad quality »*[352] [353].

En résumé, l'appréciation de la qualité passe par l'appréciation de trois paramètres de l'organisation : la Structure, les Processus et les Résultats. A. Donabedian oriente, par conséquent, la suite de ses recherches sur l'évaluation de ces trois paramètres dont il donne une définition synthétisée par le schéma suivant.

---

[348] La structure est pertinente pour évaluer la qualité dans la mesure où elle augmente ou diminue la probabilité d'avoir une bonne performance (…). Je pense qu'une bonne structure, c'est-à-dire, possédant suffisamment de ressources et son propre système de production, est probablement le moyen le plus important pour assurer et promouvoir la qualité des soins.
[349] Donabedian A., 1980, Tome I, op. cit. ; p. 82.
[350] L'étude des résultats est l'autre moyen indirect que j'ai annoncé comme pouvant être utilisé pour évaluer la qualité des soins. Dans ce livre, je définirai le résultat comme le changement présent et futur de l'état de santé du patient pouvant être attribué à un épisode de soins.
[351] Donabedian A., 1980, Tome I, op. cit. ; p. 82.
[352] Il a été établi que certains processus mis en œuvre dans des situations spécifiques sont clairement associés à de bons résultats. La présence ou l'absence de ces processus dans ces situations peuvent donc être utilisées comme des instruments d'évaluation de bonne ou de mauvaise qualité.
[353] Donabedian A., 1980, Tome I, op. cit. ; p. 83.

Figure 14 : Définitions proposée par A. Donabedian (Tome I ; p. 90)



La structure se définit par les ressources détenues et les modes d'organisation de l'activité. Les processus sont définis par leur contenu, leur configuration et leur objet, les résultats sont définis par leur objet et leur impact.

L'objet du tome II de *Explorations in Quality Assessment Monitoring* est alors de définir des critères d'appréciation des trois paramètres définis.

Tableau 21 : Critères d'évaluation de la structure, des processus et des résultats (Donabedian)

Critères d'évaluation des processus	Critères d'évaluation des ressources	Critères d'évaluation des résultats
Objectivité : Les processus doivent être définis avec suffisamment de précision et de détails pour les rendre relativement robustes face aux différentes interprétations qu'en font les individus.	Les critères d'évaluation des ressources dépendent de la nature de l'activité de l'établissement ou du service (normes d'équipements et de personnels).	La présence ou l'absence d'un résultat ne doit pas conduire à la conclusion d'un manque de soins, mais à la présomption d'une bonne ou d'une mauvaise qualité des soins dont l'analyse approfondie est réalisée par l'analyse des processus.
Vérifiabilité : les processus doivent pouvoir faire l'objet d'une expérimentation *en laboratoire*.		
A propos : les processus doivent être indépendants de la nature de l'hôpital, de la qualification des praticiens et du statut économique et social du patient. Les processus doivent dépendre des besoins des patients.		
Spécificité : les processus doivent être spécifiques à chaque pathologie mais concourant pour un même patient.		
Pertinence : les processus doivent être pertinents pour réaliser la prise en charge et doivent être évalués sur la base de ce qui est fait et non sur les intentions de faire.		
Acceptabilité/cohérence : les processus doivent être compatibles avec les standards généraux de qualité.		

Selon nous, le critère de vérifiabilité peut être entendu comme la rationalisation des processus telle qu'elle est recherchée par les protagonistes de l'Evidence Based Medecine présentée au début de ce chapitre. En effet, A. Donabedian postule que les processus de soins doivent être codifiés et être déterminés à partir d'une interprétation objective des données de la science.

L'évaluation des ressources se fait par rapport aux normes d'équipement et de personnel fixées par la communauté scientifique. L'évaluation des résultats donne des indices sur la qualité de la prise en charge mais ne peut conduire à des certitudes. Ainsi, un taux de mortalité élevé dans un établissement ne signifie pas que l'établissement prodigue des soins de mauvaise qualité. Par conséquent, la dimension *Processus* est pour A. Donabedian la plus significative dans l'appréciation de la qualité des soins. Les processus sont évalués au travers des six dimensions mentionnées dans le tableau ci-dessus.

3.3.2. Fondements importants et novateurs

Outre l'étude des critères et standards de la qualité qui sont datés dans le temps et qui repose sur des méthodes maintenant connues, les travaux de A. Donabedian sont particulièrement intéressants concernant les fondements retenus.

A. Donabedian insiste sur deux points que nous considérons comme essentiels aujourd'hui dans l'appréhension de la performance de l'organisation hospitalière :

• **Il n'existe pas de normes universelles d'appréciation de la performance**
« Few empirical studies delve into what the relevant dimensions and values are at any given time in a given setting »[354] [355]. Il faut accepter la différenciation des critères de performance. Les critères définis ne sont valables qu'à un moment donné dans une situation donnée. *« And I thought that this exercise would then lead us to the conclusion that neither is clearly preferable to the other in any general sense, while each may be more or less suitable for a particular purpose in a specific situation »*[356] [357].

Ce principe est fondamental aujourd'hui car les réflexions actuelles sur les systèmes d'information en France vont plutôt dans le sens d'une recherche d'indicateurs « absolus » de performance afin de pouvoir comparer les établissements entre eux. Les enquêtes du *Figaro Magazine* et de *Sciences et Avenir* imposent les mêmes critères d'évaluation à tous les établissements, or la différence de taux de césariennes entre deux établissements ne nous renseigne pas directement sur la qualité des soins. On ne peut raisonner comme si toutes choses étaient égales par ailleurs.

• **Distinction entre performance globale et performances locales**
« *Among the formulations that followed mine, one of the most interesting was proposed by De Geyndt in 1970 (…). De Geyndt also emphasizes the importance of the difference between analysis at the level of individuals and analysis at the level of communities or populations, as well as that of the differences that are introduces when attention shifts from episode of care to longer sequences. (…) This includes the attributes of continuity, coordination, teamwork and appropriate sequencing* »[358] [359].

Donabedian soulève l'importance de prendre en considération les différents niveaux de performance et la nécessaire articulation de ceux-ci. En effet, l'amélioration d'une qualité

---

[354] Peu d'études empiriques traitent de la pertinence des dimensions et valeurs pour une situation donnée à un moment donné.
[355] Donabedian A., 1966, op. cit. ; p. 167
[356] et je pense que cet exercice devrait nous amener à la conclusion qu'aucune dimension n'est préférable à une autre de manière absolue mais que chacune est plus ou moins adaptée à un objectif particulier dans une situation particulière.
[357] Donabedian A., 1980, Tome I, op. cit. ; p. 119.
[358] Parmi les formulations qui ont suivi les miennes, l'une des plus intéressantes est celle qu'a proposée De Geyndt en 1970. Il a souligné l'importance de prendre en considération la différence entre l'analyse aux niveaux individuels et l'analyse au niveau communautaire ou de la population, ainsi que l'importance de la prise en compte de la différence entre des épisodes de soins ponctuels et la trajectoire du patient. Ceci englobe les critères de continuité, de coordination, de travail en équipe et d'à propos des actes.
[359] Donabedian A., 1980, Tome I, op. cit. ; p. 87.

locale peut détériorer la qualité globale de la prise en charge. L'articulation des différents niveaux est primordiale et passe par des principes tels que la continuité et la coordination.

Aujourd'hui, avec la mise en œuvre régionale de la régulation hospitalière, l'articulation des différents niveaux de performance prend tout son sens. En effet, les performances locales des établissements peuvent parfois être antinomiques avec la performance globale de l'offre de soins régionale. À titre d'illustration, lorsque l'ARH de Franche-Comté décide de faire fusionner les deux établissements hospitaliers de Belfort et Montbéliard, elle y voit une amélioration de la performance de l'offre de soins au niveau de la région en évitant les redondances et en facilitant l'accès au plateau technique. La profession médicale y voit elle une détérioration d'un de ces critères de performance qui est l'accession à un poste de chef de service. En effet, la fusion des deux hôpitaux réduira à terme de moitié le nombre de postes de chef de service, ce qui a un impact direct sur les possibilités de devenir chef de service, critère de performance professionnelle très fort dans le corps médical. De même que les critères ne sont pas universels, ceux-ci peuvent être antinomiques et il faut par conséquent hiérarchiser les critères selon l'espace et le temps.

Les travaux de A. Donabedian soulèvent incontestablement de nombreuses problématiques (performance globale et non universalité des critères) associées à la qualité des soins et à l'organisation du système de soins dans lesquelles nous retrouvons les problématiques actuelles de notre système. L'un des résultats importants de ces travaux pour notre travail de recherche est que la performance s'apprécie différemment selon l'échelle d'observation, et qu'il faut distinguer les performances individuelles, collectives et organisationnelles. En effet, l'accent mis par A. Donabedian sur les processus renvoie à la recherche de performance collective et de performance organisationnelle et l'accent mis sur la structure renvoie à la performance organisationnelle. L'appréciation de la qualité par les patients comme par les professionnels de santé repose sur des dimensions individuelles de la performance (compétences des praticiens), mais aussi sur des dimensions collectives (sollicitation de l'équipe médicale) et sur des dimensions organisationnelles (utilisation des ressources disponibles).

SYNTHESE CHAPITRE V

Selon les dimensions de la performance retenues, les référentiels de performance diffèrent ainsi que les indicateurs d'évaluation de ces référentiels. Par conséquent, la notion de performance est relative et est indissociable des objectifs associés et des représentations données. Ainsi, lorsque les établissements publics ont comme référentiel de performance la quantité de ressources détenues et que celle-ci se mesure à l'effectif médical et aux équipements, la performance se mesure alors comme le différentiel entre cet objectif et l'existant. Et plus l'établissement augmentera ses équipements et son équipe médicale, plus il se jugera performant. De même, lorsque les établissements ont comme référentiel de performance de produire au moindre coût, et que ceci se mesure par le montant total des charges rapporté au nombre d'entrées réalisées, l'établissement cherchera à augmenter ses entrées (en diminuant par exemple la durée moyenne de séjour) et à diminuer ses charges au risque de grever d'autres dimensions de la performance.

Nous avons dans ce chapitre présenté les types de modèles qui explorent des liens de causalité entre certains paramètres de l'organisation et sa performance. Les modèles exposés dans la section 2 ne retiennent en général qu'un seul niveau de performance, sans prendre en compte les interactions, contradictions et/ou antagonismes entre les dimensions envisagées. Les modèles de type « objectifs rationnels » s'attachent aux résultats comme indicateurs de performance. Les modèles de type « ressources » s'attachent au potentiel comme facteur de performance. Les modèles de type « processus » déterminent des liens de causalité entre les processus de production et la performance de l'organisation, ainsi de bons processus assurent de bonnes performances. Les modèles de type « relations humaines » sont des modèles développés pour prendre en compte le paramètre performance sociale comme facteur de performance de l'organisation.

Nous présentons dans le tableau suivant une synthèse des modèles de performance reposant sur une dimension de la performance.

Tableau 22 : Synthèse des modèles de performance à une dimension

Types de Modèles	Modèles des objectifs rationnels	Modèles des ressources	Modèles des relations humaines	Modèles des processus internes
Auteurs cités	Price (1972); Sherman (1984); Magnussen (1996); Charnes et Cooper (1978); Shortell et alii (1994).	Moisdon et Tonneau; Durand (1999); Grant (1991); Barney (1995); Cohen et Levinthal (1990).	Bettignes (1975), Bennis (1966))	Pascal (2000), Diridollou (1997) ; David (1998), Allison (1971)
Dimension principale de la performance	Atteindre les objectifs rationnels définis en termes d'efficience productive.	Maximisation des ressources détenues.	Satisfaction des parties prenantes	"Bons" processus de production
Critères de la performance	Efficacité et efficience productive, optimum de Paréto.	Equipements et compétences détenus.	Climat social.	Respect des processus de production standards ; processus de décision "fluide".
Outils	Ratios, regressions statistiques, DEA.	Bilans de compétences, ratios.	Questionnaires, entretiens.	Grille d'analyse des processus ; entretiens, questionnaires.
Indicateurs de performance	Nombre de journées et d'entrées, DMS, rapportés au nombre de lits, et au nombre d'ETP.	Taux d'équipement et coefficient de vetusté, parts de marché.	Taux de rotation du personnel, emplois, indicateurs de satisfaction.	Existence de processus formalisés respectant les processus standards ; Qualification des décisions.
Leviers d'action	Agir sur la quantité d'intrants et d'extrants.	Stratégie politique, négociation, apprentissage organisationnel.	Recherche de congruence entre le fonctionnement de l'établissement et les valeurs des parties prenantes, concertation, implication dans la décision.	Formalisation des processus de production et de décision, définition des rôles et tâches de chacun.
Intérêts	Aisément appréhendable et opérationnel	Explication de la tendance des établissements à vouloir plus de ressources.	Cette dimension n'est pas négligeable et doit être prise en compte dans l'organisation hospitalière.	Aujourd'hui les processus de décision sont un enjeu majeur de l'organisation sanitaire.
Limites	Selon les méthodes utilisés on obtient des résultats différents.	Logique de toujours plus.	L'activité de l'hôpital, pour contribuer à la performance du système, engendre des contraintes pour les parties prenantes, contraintes incontournables.	La définition de standards qui rigidifie les comportements.

Chacun de ces modèles d'appréciation de la performance est utilisé pour qualifier l'activité de l'hôpital. Chacun de ces modèles évalue la performance selon la dimension retenue de celle-ci.

Chacune des dimensions envisagées dans chacun de ces modèles est « légitime » pour certaines catégories d'acteurs. Or, il arrive fréquemment que la maximisation d'une dimension conduise à la dégradation d'une autre dimension. Il arrive un moment où l'amélioration d'un critère de performance passe par la dégradation d'un autre, parce que les ressources sont limitées, parce que les acteurs ont des intérêts implicites qui peuvent diverger, parce que les externalités des fonctions de l'organisation, des individus ou groupes d'individus, des activités et des processus sont fortes. Cependant, ce n'est pas parce que certaines dimensions de la performance sont antagoniques qu'il faut alors opposer les modèles les analysant. La définition de plusieurs dimensions parfois antagoniques de la performance, et légitimes, conduit à la nécessaire hiérarchisation des dimensions retenues. Cette hiérarchisation repose sur des mécanismes de concertation et constitue un véritable construit social.

Chacune des dimensions de la performance étant légitime, on ne peut fournir un modèle unidimensionnel unique de la performance, meilleur que les autres. Dans la troisième section de ce chapitre, nous avons alors présenté les modèles de performance combinant plusieurs dimensions de la performance. Le tableau suivant propose un résumé de ces modèles en présentant les quelques points que nous avons retenus pour nos travaux de recherche.

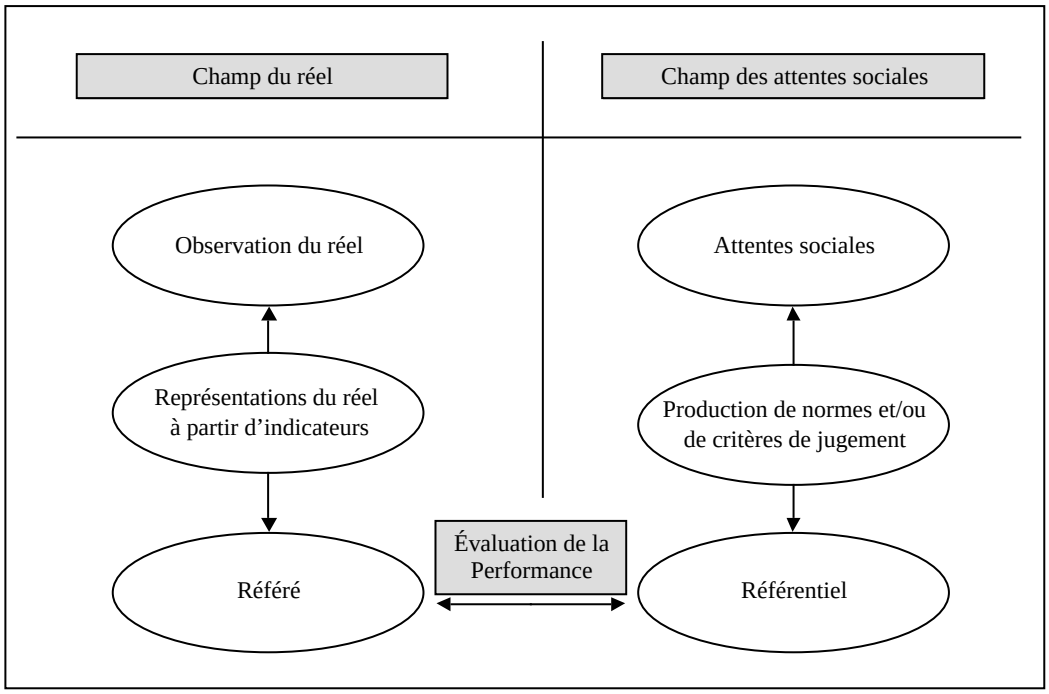
Tableau 23 : Synthèse des modèles de performance à plusieurs dimensions

Types de Modèles	Modèle de A. Donabedian	Modèle du GRIS	Modèle de R.Sainsaulieu et alii
Angle d'analyse de la performance	Performance globale.	Performance organisationnelle.	Performance globale.
Critères de la performance	Structure-Processus-Résultats comme paramètres de la qualité des soins.	Alignement des quatre fonctions de l'organisation.	Dimensions économique, commerciale, productive, sociale.
Évaluation de la performance	Indicateurs de cohérence, de pertinence, d'à propos, d'objectivité, de spécificité, de vérifiabilité.	Des critères de performance sont définis pour chacune des fonctions et pour l'alignement des fonctions entre elles.	Des indicateurs sont définis pour chacune des dimensions de la performance globale retenue.
Résultats importants	Non universalité des critères et prise en compte de trois niveaux de la performance.	Grille de lecture de la performance organisationnelle.	La mise en évidence d'une logique de performance globale qui ne dépend pas forcément de l'ensemble des performances individuelles.

Chacun de ces trois modèles adopte une conception de la performance se situant à plusieurs niveaux en insistant sur la non-universalité des critères de performances et des indicateurs de ces critères. Les travaux du GRIS présentent clairement la performance organisationnelle comme la condition nécessaire à la performance globale de l'organisation. A. Donabedian quant à lui distingue ce qui relève des dimensions individuelles, collectives et organisationnelles. L'équipe de recherche de R. Sainsaulieu note que les performances individuelles ne sont pas forcément corrélées avec la performance globale (ce résultat est limité par le mode d'évaluation des performances individuelles reposant sur des indicateurs, tels que l'absentéisme, le taux de rotation du personnel et les accidents du travail).

Chacun des modèles tente d'appréhender la performance au regard de critères de performance qui renvoie alors aux objectifs de l'organisation (objectifs de résultats économiques et médicaux, objectifs d'augmentation des ressources, objectifs de satisfaction des parties prenantes et de maintien des valeurs et du climat social). Par conséquent, l'évaluation de la performance se définit comme un différentiel entre un référentiel de performance et une représentation du réalisé.

Figure 15 : La performance comme un différentiel



La multiplicité des acteurs implique de formaliser la performance, certes comme un construit social, mais encore comme un différentiel à plusieurs niveaux mettant en relation le champ du réel et le champ des attentes sociales. Point de représentations conventionnelles du réel sans référentiel, point de référentiel sans formulation explicite des attentes sociales. Vouloir introduire la performance des établissements de santé dans la démocratie sanitaire implique un travail de pédagogie par lequel tout acteur du dispositif formule ses attentes sociales auxquelles il obéit, attentes sociales à partir desquelles il pourra mettre en œuvre un référentiel compris comme un ensemble de production, de normes ou de critères de jugement. Sur la base de ceux-ci, les acteurs fabriqueront des indicateurs permettant de révéler le réel, de le décrire, de le représenter de façon conventionnelle.

De cette comparaison entre représentation conventionnelle du réel et indicateurs se joue le jeu de l'évaluation de la performance, synthèse de mesures partielles de la performance. La performance globale ne peut se concevoir que comme un jugement de valeurs obtenu à partir d'une évaluation réalisée entre un référentiel et un référé sur la base d'indicateurs donnés.

L'aspect multidimensionnel de la performance conduit par conséquent à mettre en place des mécanismes de hiérarchisation des critères. De ces conditions, il est alors facile de comprendre que la performance est toujours en équilibre instable selon que l'on fait varier les normes ou critères de jugement des référentiels ainsi que les indicateurs qui lui sont associés. L'objectif premier n'est pas de privilégier un référentiel par rapport à un autre

mais de montrer à partir de différents référentiels les différentes représentations conventionnelles. C'est à ce moment-là seulement, que le débat démocratique peut se construire autour de priorités de gestion certes, mais également politiques.

Conclusion deuxième partie

La recherche de performance repose sur trois dimensions clefs : la performance verticale, la performance horizontale et la performance latérale. La performance verticale fait référence à la capacité des établissements de soins à s'inscrire dans les orientations du système de santé. Cette performance implique par exemple que les hôpitaux ne recherchent pas obligatoirement à hospitaliser les malades pour les soigner. Cette performance oblige les établissements à repenser leurs objectifs et leur mode de faire. La performance horizontale est liée à la capacité d'un établissement à coordonner son activité avec les autres établissements de soins pour assurer la continuité de la prise en charge. La performance latérale rejoint les deux précédentes dimensions et fait référence à la capacité de l'organisation à répondre aux attentes des individus tour à tour citoyens, financeurs et patients d'un système de santé.

Ces trois dimensions de la performance doivent alors être combinées aux critères de performance de l'offre de soins hospitalières. Critères qui font référence aux caractéristiques de la fonction de production hospitalière : les résultats médico-économiques de l'activité, les ressources détenues, les processus de production et la satisfaction des parties prenantes. Les nombreux modèles existants reflètent les différentes mais complémentaires dimensions de la performance, c'est-à-dire les différents critères retenus pour apprécier la performance. Ces multiples dimensions sont souvent appréciées différemment par les nombreuses parties prenantes à l'organisation. Chacune des parties prenantes a ses propres objectifs, préférences et système de valeur (Champagne et al. 1986) et pondère en conséquence les différentes dimensions de la performance, plus ou moins consciemment. C'est pourquoi, il est primordial de définir les dimensions de la performance et d'en définir le périmètre avant de chercher à l'évaluer.

La relation de service que constitue l'activité hospitalière est un processus complexe entre un prestataire et celui ou ceux qui en sont les destinataires. L'appréciation de la performance ne peut donc se limiter, pour les services, à une approche en termes de productivité qui supposerait d'être face à des objets autonomes aisément identifiables et dénombrables. L'utilité d'un service, qui se traduit par la « richesse produite », se mesure par l'adéquation d'une production à des besoins spécifiques qui ne s'apprécient pas seulement en volume de production. L'activité hospitalière, activité de service, se caractérise de plus par ses dimensions psychologiques et sociales. La multiplicité des impacts de l'activité hospitalière pose alors le problème de la valorisation de celle-ci. Si l'on effectue un bilan des définitions usuelles du produit utilisées dans les analyses de la

productivité hospitalière, la diversité des réponses est en elle-même indicative de l'absence de solution évidente.

Les travaux de J. Gadrey[360] illustrent la difficulté de mesure de la production hospitalière en comparant les résultats apparents des établissements de santé en France et aux États-Unis. La productivité apparente des établissements français est plus forte que la productivité apparente des États-Unis, ce qui lui semble paradoxal eu égard aux prestations de services offertes dans les hôpitaux américains. Ceux-ci ont des systèmes d'information plus performants, des systèmes de suivis plus élaborés et des instruments de gestion plus sophistiqués. Il en conclut que la manière d'évaluer la contribution de l'activité hospitalière à la création de richesse nationale ne permet pas de mesurer la contribution véritable en terme de valeur créée. Par conséquent J. Gadrey cherche à redéfinir le contenu des services car selon lui, les instruments disponibles actuellement sont des instruments calqués sur le monde industriel et ne constituent pas un bon référentiel pour les activités de services. Cette étude illustre l'impératif de la définition de ce que l'on retient comme critères de performance avant de chercher à évaluer la performance.

La valeur créée par le secteur hospitalier est une combinaison de différents services. C'est pourquoi la seule dimension économique ne permet pas de mesurer la création de richesses générée par le secteur hospitalier. L'évaluation de la valeur créée doit prendre en compte d'autres paramètres et notamment les interactions du secteur hospitalier avec les autres secteurs économiques. La performance revêt un caractère multidimensionnel.

La performance revêt un caractère multidimensionnel dont on ne peut de surcroît fixer les pondérations respectives des différentes dimensions de manière universelle et continue. Cette pondération des multiples dimensions n'est pas fixe, elle varie selon le contexte, le niveau d'appréciation, les acteurs et les objectifs, et elle varie dans le temps. C'est pourquoi, le management de la performance implique la négociation et le management des paradoxes[361]. Les problèmes de critères antagonistes résultent des différents modèles d'évaluation de la performance qui encouragent les oppositions en envisageant les critères de manière concurrente et non congruente ni compatible. Or une organisation performante doit posséder des attributs à la fois contradictoires et exclusifs[362]. Améliorer la performance d'une organisation sur un critère peut conduire à diminuer la performance sur un autre critère (Optimum de Paréto)[363]. C'est pourquoi il ne faut pas penser la performance organisationnelle comme l'agrégation de chacune des dimensions qui la composent, mais comme une pondération des dimensions selon le contexte, le niveau d'appréciation, les acteurs et les objectifs.

[360] Gadrey J., *Services : la productivité en question*, Desclée de Brouwer, 1996, 359p.
[361] Cameron, 1986, op. cit. et Cameron et Whetten, 1983, op. cit.
[362] Cameron, 1986, op. cit.
[363] Cameron 1986, op. cit., Miller, 1990, op. cit.

Pour Scott (1981), l'organisation est caractérisée par des coalitions mouvantes entre les parties prenantes, à la fois internes et externes. Kanter et Brinkerhoff[364] soulignent que les multiples circonscriptions et environnements influençant l'organisation engendrent de non moins multiples mesures de la performance.

La performance de l'organisation, résultante du management de la performance, émerge alors comme un paramètre clef de la performance globale du système de soins. *« Au sein du management, la performance organisationnelle occupe une place prépondérante. D'une part, il s'agit d'un thème central à la gestion des organisations. Tant au plan analytique que prescriptif, la performance organisationnelle demeure la finalité vers laquelle s'orientent toutes les actions de gestion. D'autre part, malgré son importance, la performance représente un concept malaisé à cerner[365] ».* La performance de l'organisation fait alors référence à la capacité de l'organisation à définir les priorités communes de performance, à combiner les différentes logiques en présence pour faire œuvrer les acteurs dans le sens d'une vision partagée horizontalement, verticalement et latéralement de la performance. Plusieurs conceptions de la performance existent et elles paraissent peu réconciliables, voire contradictoires et ce sont les paramètres de l'organisation qui permettent de gérer ces conflits.

« L'existence de plusieurs modèles différents et reconnus reflètent diverses dimensions de la performance organisationnelle. Différents modèles de la performance organisationnelle mettent l'accent sur des dimensions et critères de performance distincts que divers groupes d'acteurs internes et externes à l'organisation valorisent autrement. Par ailleurs, le jugement de ces groupes d'acteurs s'appuie souvent sur des valeurs ni logiques ni stables. Conséquemment, l'évaluation de la performance devient complexe et même paradoxale, alors que les organisations et leurs groupes d'acteurs tentent de satisfaire les multiples tendances. Comme toute évaluation, celle de la performance organisationnelle implique des jugements de valeur. Un jugement « objectif » tient lieu de l'utopie. La présence des groupes variés d'acteurs dont les opinions divergent doit être intégrée dans un modèle de gestion de la performance. Un jugement intersubjectif devrait être recherché grâce à l'échange de points de vue argumentés et documentés entre les groupes d'acteurs. Il est impossible d'exiger qu'une organisation puisse à un moment donné bien performer selon tous les critères. Par conséquent la performance résulte de compromis et de tensions entre diverses dimensions de la performance. (…) Limiter le rôle économique de l'hôpital, c'est éviter de le voir dépenser plus, mais c'est aussi limiter son effet d'entraînement si l'on songe à la place de l'hôpital vis-à-vis de l'investissement, de l'industrie pharmaceutique, biomédicale ou tout simplement du bassin d'emploi dont il occupe bien souvent le centre. L'erreur de composition[366], le péché logique par excellence, risque de vicier sans cesse le raisonnement et ce n'est pas pour rien que K. Boulding fait du problème du « pont » entre micro et macro-économie une des difficultés essentielles de la pensée économique »[367].

---

[364] Kanter et Brinkerhoff, 1981, op. cit.
[365] Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos A.-P. et alii, 1998, op. cit.
[366] celle qui consiste à inférer une partie du tout à chacune de ses parties et inversement.
[367] Sicotte C., Champagne F., Creneau R., Bronsard A., 2000, op. cit.

À ce stade de notre analyse, nous retenons plusieurs enseignements des modèles étudiés :

- La performance est multidimensionnelle et ne peut se réduire à la seule notion de résultat économique. Il n'existe pas de dimension synoptique de la performance qui englobe tous les champs du rôle des établissements de soins dans le système de santé. Par conséquent, il faut faire des choix concernant les dimensions sur lesquelles l'établissement souhaite orienter ses actions.
- Le corollaire de ceci est qu'il existe une mutlicausalité de la performance. De nombreuses dimensions explicatives de la performance existent : les modes de management, la formation des professionnels, les techniques de travail, les modes de recrutement du personnel. Là encore l'établissement doit faire des choix quant aux variables sur lesquelles il compte agir pour améliorer sa performance.
- La performance se définit en fonction de sa temporalité. Il faut distinguer la performance à court terme et la performance à long terme. L'organisation hospitalière est une tension, un « mouvement vers ». Par conséquent on ne peut l'évaluer à l'instant T indépendamment du reste. Cette notion de temporalité crée de nombreux conflits dans les organisations hospitalières car la temporalité n'est pas la même pour les médecins qui restent dans le même établissement quasiment toute leur carrière, les administratifs qui changent régulièrement de postes, les soignants qui gèrent le quotidien des malades et les malades pour qui leur trajectoire de soins est unique.
- Les dimensions de la performance sont donc multiples et doivent être appréhendées de manière dynamique dans l'espace et dans le temps et modulables selon les niveaux organisationnels.
- Les critères de performance et les indicateurs de mesure ne sont pas universels.
- Il existe une logique de performance globale.
- Les outils d'objectivation du réel sont par conséquents limités dans leur pouvoir explicatif de la performance. C'est moins la qualité de l'outil qui compte que l'accord sur l'outil utilisé qui compte.

Dans ce contexte, nous présentons, dans la troisième partie de notre thèse, trois études de cas. Ces études ont été réalisées dans trois établissements, dans le cadre de l'élaboration de leur projet d'établissement. La problématique commune de ces trois établissements est la recherche de performance ; les conditions de départ communes à ces trois établissements sont le manque de vision partagée de la performance ; et leur difficulté commune est la définition de leurs stratégies dans un environnement qu'ils ne comprennent pas bien.

Troisième Partie

La recherche d'une vision partagée des acteurs de l'hôpital : trois études de cas

« Que pensez-vous de Cantabre qui se lance dans cette nouvelle fabrication ? demandait-on à M. Barenton. Pourquoi, répondit-il, essayez-vous de me déconsidérer ? S'il réussit, je dirai comme vous qu'il a été prévoyant ; s'il échoue, je dirai comme vous qu'il a été imprudent ; pour le moment je dis comme vous qu'il est audacieux ».

A. Detoeuf, Propos de O.L. Barenton Confiseur, p. 75.

Les mécanismes centralisés de régulation des organisations hospitalières ont échoué dans la recherche de paramètres universels de la performance du secteur. Reposant sur une certaine uniformité des paramètres de chacun des établissements (uniformité des objectifs, des structures et des contingences), la régulation centralisée a engendré, dans les faits, de fortes disparités entre établissements et de fortes inégalités entre bassins de population. Face aux distorsions croissantes entre les attentes sociales vis-à-vis de l'activité hospitalière et les résultats de cette activité, tels qu'ils sont appréhendés par les parties prenantes au système hospitalier, l'État a mis en place des mécanismes de déconcentration, de la définition des objectifs des établissements et de la définition de leur budget. L'État déconcentre la décision tout en étendant son emprise sur les institutions (les réformes des années 1990 ont accentué son rôle dans la régulation de l'offre de soins hospitalière), mais cette emprise s'exprime aujourd'hui au travers d'un rôle d'orientation et de contrôle *a posteriori* et non plus de définitions de moyens *a priori*. L'État ne se désengage pas : il donne plus d'autonomie aux institutions et aux acteurs qui les composent, créant des espaces de rencontre entre les acteurs, et laissant à ceux-ci le soin de définir les paramètres de la performance. L'État ne se désengage pas : il fait face à la complexification croissante de l'organisation hospitalière et à l'émergence de nouveaux problèmes qui *« découlent paradoxalement des succès passés*[368] *»*, où la *rationalité limitée* des acteurs se fait de plus en plus sentir, réduisant d'autant la capacité de définition des référentiels de performance des entités du système par le niveau national.

Il appartient donc aujourd'hui à chaque institution locale de s'inscrire dans la performance globale du système, en définissant les référentiels de sa performance, c'est-à-dire ses objectifs, et les moyens d'y parvenir, ceci sous le contrôle de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, instance coordinatrice des différents niveaux territoriaux d'expression de la performance hospitalière. Cette inscription dans la performance globale se fait ponctuellement tous les cinq ans, par le biais du projet d'établissement (projet qui fait ensuite l'objet, une fois approuvé par l'ARH, d'un contrat d'objectifs et de moyens avec celle-ci) d'une part ; cette inscription, d'autre part, se réalise au quotidien par les réponses locales apportées par les professionnels de soins aux besoins des patients qui ont recours au système hospitalier, besoins multiples et aléatoires, à l'échelle du court terme.

L'hôpital doit s'interroger sur *ce qu'il fait*, et *ce qu'il fait* renvoie alors aux pratiques manageriales. Car il relève justement du management de coordonner les actions individuelles pour déterminer et atteindre les objectifs communs. *« La tâche*

[368] Kervasdoué (de) J., Kimberly J., Rodwin V., *La santé rationnée ? La fin d'un mirage*, Economica, 240p., p. 1.

fondamentale du management reste la même : rendre les individus capables de performances communes en leur donnant des objectifs communs, des valeurs communes, la structure adéquate, ainsi que la formation et le développement continus dont ils ont besoin pour être performants et réagir au changement[369] *»*. Les modèles de la performance relatés par la littérature, et notamment les travaux réalisés aux États-Unis sur le sujet, nous donnent des grilles de lecture de la performance, mais ne nous éclaire pas sur la mise en perspective des différents critères de performance avec la réalité d'un hôpital. Au quotidien, l'organisation hospitalière doit manager les différentes dimensions en présence, les combiner, les hiérarchiser, les pondérer, parce que la performance d'un hôpital résulte d'une multitude de facteurs et ne peut se réduire à une optimisation sous contrainte.

Dans cette partie, parce que la réponse au *pourquoi* dans le secteur hospitalier est primordiale pour le management des établissements de soins, et parce que *« aujourd'hui, c'est le « que faire » qui devient le défi majeur du management, en particulier des grandes entreprises qui furent longtemps prospères*[370] *»*, nous présentons trois processus de construction d'une vision partagée du sens de la performance d'un hôpital, dans le cadre de la régulation donné par les pouvoirs publics, en tenant compte des différentes dimensions de la performance en présence : performance verticale, horizontale et latérale.

Ces trois démarches de définition de paramètres locaux de performance sont présentées dans le cadre de l'élaboration de leur projet d'établissement : l'établissement V, centre hospitalier général, l'établissement C, établissement mutualiste PSPH et l'établissement E, également établissement mutualiste PSPH. Ces établissements sont tous les trois dans une démarche d'évaluation des résultats, au regard de leur premier projet d'établissement, pour en tirer les enseignements pour le second. Les premiers projets, répondant aux injonctions de la tutelle, ont généralement été réalisés rapidement par les instances de direction, pour satisfaire ces injonctions. Mais, après cette phase de réponse stricte à la demande, les établissements étudiés ont adopté une attitude *active*, en pressentant dans ce second projet d'établissement, une opportunité de saisir les nouvelles marges de manœuvre perçue dans la déconcentration des objectifs et des budgets.

Dans cette partie, nous analysons donc ces trois démarches d'élaboration de projet d'établissements, auxquelles nous avons contribué dans le cadre des activités du laboratoire de recherche GRAPHOS. Celles-ci ont connu, et connaissent encore pour deux de ces établissements, des trajectoires bien particulières. Ces établissements se situent dans la même région, mais relèvent d'un secteur sanitaire différent. Leurs problématiques sont distinctes, du fait de leur histoire, des hommes qui les composent et de leur positionnement au sein de l'offre de soins régionale. L'objet est ici de dégager de ce processus d'élaboration d'un projet d'établissement que nous décrivons pour chacun des établissements, les « points de passage » obligatoires de la recherche de performance. Fruit d'histoires particulières, le projet d'établissement constitue idéalement le lieu d'inscription des attentes sociales, définies et hiérarchisées par la négociation et par la

---

[369] Drucker P., *A propos du management*, Village Mondial, 2000, 222p. ; p. 177.
[370] Drucker P., 2000, op. cit. ; p. 19.

contractualisation interne et externe. Ainsi nous dégageons trois temps incontournables dans cette recherche de performance : la définition claire des problématiques de l'établissement et la diffusion de ces problématiques à l'ensemble des acteurs, ou la vision partagée des enjeux de la performance ; la hiérarchisation et l'orientation de l'information, ou la vision partagée du diagnostic ; la vision partagée des priorités, ou choisir c'est renoncer. Ces trois conditions constituent une sorte « d'entonnoir » de la performance : tout d'abord les établissements son confrontés à un enjeu primordial, enjeu qui se décline en dimensions prioritaires de la performance. À partir de cet enjeu et des dimensions prioritaires, l'établissement réalise un diagnostic de son activité qui doit être commun aux acteurs pour mettre en perspective l'enjeu avec des scénarios possibles de réponse. Pour chacune des dimensions prioritaires de performance, il existe de nombreuses réponses possibles. Par conséquent, la direction doit faire des choix concernant les priorités d'action à mettre en œuvre.

Cette troisième partie est composée de trois chapitres :

Chapitre VI – Vision partagée des acteurs sur les enjeux de la performance

Chapitre VII – Vision partagée des acteurs sur le diagnostic de la performance

Chapitre VIII – Vision partagée des acteurs sur les priorités de la performance

Chapitre VI

Vision partagée des acteurs sur les enjeux de la performance

Les trois établissements étudiés dans le cadre de notre thèse ont comme point commun d'avoir amorcé une démarche de recherche de la performance, dans le cadre réglementaire du projet d'établissement. Cette démarche d'explicitation de la performance a été initiée suite à la prise de conscience, par les instances de direction de ces établissements, des risques encourus par leurs établissements en cas de *statu quo* de l'activité. Nous avons vu, dans la partie précédente, que les établissements de soins sont confrontés à trois dimensions majeures de performance : dimensions verticale, latérale et Horizontale. Appréhendées par les instances de direction des établissements, ces dimensions font l'objet d'une traduction propre dans chacun des établissements. Le premier point fondamental de la réflexion, le point qui déterminera par la suite l'engagement des acteurs, est la capacité des acteurs de l'organisation à saisir les enjeux de la réflexion, à comprendre le « pourquoi » de la réflexion. Les professionnels sont très fréquemment sollicités dans des groupes de réflexion, qui n'aboutissent pas, et dont ils ne perçoivent que très faiblement l'intérêt, ce qui se traduit par une démotivation généralisée de ces derniers, face à toute réflexion stratégique. Dans ce contexte, l'engagement, la négociation, la contractualisation, le renoncement à certains acquis, sont conditionnés par cette phase, qui vise à donner du sens à la recherche de performance, et à créer du lien social entre les différentes catégories d'acteurs. Un sens qui, à leurs yeux, fait trop souvent défaut. *« Ce postulat (le postulat de l'apprentissage stratégique) suppose en premier lieu que les acteurs se mettent d'accord sur l'identification de la situation problème avant d'initier tout cycle d'apprentissage*[371] *»*. En d'autres termes, l'engagement des acteurs requiert une forte sensibilisation aux enjeux de la démarche ; et cet engagement repose sur l'existence et l'assimilation par les acteurs d'un sens à cette démarche.

Mais cette vision partagée des enjeux est une chose difficile à façonner, parce que les acteurs « protégés » par l'organisation ne perçoivent pas forcément les tensions venant de l'extérieur ; parce que les acteurs ont le sentiment d'exercer leur métier dans des

[371] Lewin K., 1947, cité in La Ville (de) V.-I., Grimand A., La structuration des apprentissages stratégiques : une interprétation en contrepoint à travers la notion de blocage », in Martinet A.-C., Thietart R.-A., *Stratégies : actualité et futurs de la recherche*, Vuibert, 2001, 439p. ; p. 151.

institutions immuables du fait de leur nature ; parce que les acteurs scotomisent les enjeux dès lors que ceux-ci sont susceptibles de modifier les acquis auxquels ils tiennent. Or, cet engagement est un temps primordial et doit faire l'objet d'une attention particulière des managers des établissements, car, sans cet engagement, il ne peut y avoir performance au sens où nous l'entendons dans notre thèse.

Dans ce chapitre, nous présentons les processus de diffusion des enjeux à l'ensemble des acteurs des trois établissements, ainsi que l'attitude de ces derniers face à ceux-ci. Chacun des établissements présentés a amorcé une démarche de réflexion stratégique dans le cadre réglementaire du projet d'établissement avec des problématiques spécifiques : légitimer son activité dans le cadre régional ou devenir un établissement de moyen séjour pour le premier, nécessité d'équilibrer le budget ou changer d'affiliation pour le second, et impératif de développer des réseaux de prise en charge avec d'autres entités préexistantes ou être marginalisé pour le troisième.

Ce chapitre est composé de quatre sections :
Section 1 – Le projet : une nécessité réglementaire et stratégique
Section 2 – Le cas V : légitimer son activité, ou devenir hôpital local
Section 3 – Le cas MC : équilibrer le budget, ou changer d'affiliation
Section 4 – Le cas E : développer des coopérations, ou être marginalisé

1. LE PROJET : UNE NECESSITE REGLEMENTAIRE ET STRATEGIQUE

La reconfiguration de l'offre de soins des trois établissements s'inscrit dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, dont le référentiel réglementaire est inclus dans la réforme de 1991. Mais au-delà de son aspect réglementaire, le projet est le lieu d'inscription de la stratégie de l'établissement. *« Le projet d'établissement peut dans un premier temps être considéré comme un objet décrivant des éléments d'une stratégie construisant une cohérence d'ensemble entre l'organisation et son environnement, dans une perspective téléologique*[372] ».

Chacun des trois établissements est soumis à des contraintes, qui les conduisent à une réflexion sur leur positionnement dans les années à venir. Aujourd'hui, l'hôpital n'est plus à l'abri des modifications de son environnement, celles-ci l'affectent directement : normes de qualité et de sécurité, menaces de suppression d'autorisations et diminution des budgets. Chacun des établissements appréhende son environnement au regard de ses propres problématiques. Ainsi l'établissement V est en quête de légitimation de son activité pour assurer la pérennité d'une activité de court séjour. L'établissement MC est en quête d'équilibre du budget pour assurer le maintien de son activité dans le cadre de la mutualité. L'établissement E est en quête de coopérations avec d'autres établissements pour améliorer la qualité de la prise en charge et conforter sa place dans le paysage hospitalier de son secteur sanitaire. Chacun de ces établissements s'engage alors dans une véritable démarche de réflexion stratégique, ceci dans le cadre du projet d'établissement et de l'opportunité que celui-ci donne d'engager tous les professionnels dans la réflexion.

La détermination d'un projet pour l'établissement pour les années futures nécessite une véritable analyse stratégique. Par conséquent, cette réflexion se base sur la collecte d'informations, d'une part, et la négociation et la contractualisation entre les acteurs, d'autre part. Nous présentons dans le tableau suivant les grandes lignes de la détermination de la stratégie des établissements étudiés.

[372] Vinot D., 1999, op. cit., p. 242.

Tableau 24 : L'architecture du projet

Il s'agit de répondre à trois questions	Chacune de ces questions a dû être analysée sans détour pour donner du sens à l'action autour de plusieurs items (non exhaustifs)
Quel diagnostic portons-nous ?	Segments de marché sur lequel l'hôpital est présent, n'est plus présent, faussement présent. Satisfaction des patients et satisfaction du personnel. Qualité des soins.
Dans quel établissement voulons-nous vivre dans cinq ans ?	Systèmes d'informations centralisés, partagés ou individuels. Organisation au plan central. Organisation de la prise en charge des soins dans les services et inter services. Responsabilités partagées ou non partagées. Marges d'initiatives.
Comment passer du diagnostic à la visée ?	Transparence. Prise de décisions stratégiques ou opérationnelles. Évaluation des actions. Système des sanctions récompenses.

Le projet d'établissement prévoit les orientations de l'activité de l'établissement pour les cinq ans à venir. Le projet approuvé par l'ARH constitue la base du Contrat d'Objectifs et de Moyens signé entre l'ARH et l'établissement, et fait l'objet d'une mise en œuvre de ses orientations par les professionnels. Par conséquent, la phase d'élaboration doit être continûment mise en perspective avec la phase de mise en œuvre, et chaque point du projet doit tenir compte de la faisabilité de la mise en œuvre.

La phase d'élaboration du projet s'est composée de deux types de « temps ». Le premier correspond à la collecte des informations et à la réflexion stratégique. Ils ont été réalisés par un comité de pilotage restreint. Le deuxième correspond aux phases de négociation avec les acteurs, et d'expérimentations de certaines orientations sur une période donnée.

Tableau 25 : Les deux étapes de l'élaboration du projet

Les moments d'investigation menés par un comité stratégique *ad hoc*	Rassembler toute l'information dont dispose l'hôpital. Définir les pistes stratégiques. Valider les orientations prises. Planifier. Suivre la progression des travaux.
Les moments de négociation entre les acteurs	Confronter les orientations avec l'ensemble des acteurs. Argumentation des orientations. Formation des professionnels sur les orientations. Expérimentations de certaines réorganisation envisagées.

Dans les trois établissements, le lancement du projet a pris la forme d'une journée d'information et de sensibilisation destinée à l'ensemble des acteurs de l'établissement, information sur les objectifs de la réflexion, ses étapes et les contributions demandées à

chacun. Car, le préalable de la démarche projet est de définir clairement quelles sont les enjeux du projet, quels en sont les objectifs, et quel en est le sens.

Dans chacun des établissements a été mis en place un Comité de pilotage (Copil) du Projet. Ce comité stratégique s'est composé du directeur et du directeur adjoint, du directeur financier, du président de CME et de l'infirmier général. Ces acteurs ont constitué le noyau dur du Copil. D'autres acteurs ont été sollicités pour participer aux réunions du Copil selon les ordres du jour de ces réunions, donc les participants aux réunions du Copil ont évolué au fil du temps et selon les besoins de chacun des établissements.

Nous présentons pour chacun des établissements les axes principaux de leur réflexion stratégique.

2. LE CAS V : LEGITIMER SON ACTIVITE, OU DEVENIR HOPITAL LOCAL

Dans le cadre de notre thèse, nous avons participé à l'élaboration du projet d'établissement d'un centre hospitalier général, l'hôpital V, pendant la période allant de septembre 1999 à juin 2001. Cette élaboration fut particulièrement longue, car elle a été pour l'établissement une opportunité de mettre à plat tous les modes de fonctionnement de l'établissement, d'en définir les origines, les causes et les conséquences. Cette réflexion, menée conjointement entre des chercheurs du GRAPHOS et les acteurs de l'établissement, a été très riche d'enseignements pour notre thème de recherche. Nous avons particulièrement orienté notre recherche sur les besoins de différenciation et d'intégration de l'hôpital V. La différenciation ne doit plus être réalisée sur la base de spécialités médicales, mais sur la base des besoins des patients. L'intégration requiert une véritable concertation entre les entités du système, concertation, négociation.

Le projet du Centre Hospitalier V (CHV) est un projet de deuxième génération. Lors du premier projet, le CHV était en avance et déposait un projet original qui mettait en place un début de structure matricielle et un début de départementalisation interne. Quatre ans se sont écoulés au moment où notre intervention commence. L'introduction des points ISA, l'obligation de l'accréditation, les contrats d'objectifs et de moyens ont modifié le paysage.

La clinique voisine continue de concurrencer l'établissement. Une situation de duopole caractérise l'offre de soins sur le secteur, et de plus l'établissement V se situe à proximité (30 km) d'un Centre Hospitalier Universitaire de grande importance. Par conséquent, le taux de fuite est assez important, taux de fuite résultant de l'aspect résidentiel de la zone d'attraction de l'hôpital V. La restructuration financière à laquelle a été soumise la clinique laisse de plus présager une concurrence encore plus forte. L'hôpital V doit se repositionner sur le secteur pour assurer la légitimité de son activité au regard des besoins et de la concurrence.

Tableau 26 : Quelques données chiffrées de l'hôpital V en 1999

Nombre de lits de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)	296
Entrées totales MCO	15 017
Passages Urgences	31 071
Accouchements	863
Journées totales MCO	82 551
DMS	5,5
Nombre de points ISA	21 928 299

L'idée forte est de s'inscrire dans les priorités actuelles du secteur sanitaire en réalisant un travail débouchant sur :

- Le projet d'établissement.
- Le Contrat d'Objectifs et de Moyens.
- L'accréditation.
- Le développement de réseaux de coopérations.

Ceci en *réalisant « un véritable projet stratégique et en se dotant d'une organisation performante*[373] *»*. Le directeur (présent dans l'établissement depuis 20 ans) souhaite *« prendre les devants »* face aux vagues de recomposition de l'offre hospitalière et aux orientations prises par le SROS de sa région. En effet, l'enjeu est de taille, car la volonté de la tutelle de « rationaliser l'offre de soins », rationalisation entendue comme diminution de l'offre et diminution des coûts, conduit à remettre en cause l'activité de certains établissements publics de petite taille. La tendance, résultant de cette recherche de rationalisation, est à la concentration des plateaux techniques sur des pôles de pointe et à la « satellisation » des petits établissements, en les convertissant en hôpitaux d'hébergement, de soins de suite et de réadaptation.

2.1. LES DIMENSIONS PRIORITAIRES DE LA PERFORMANCE

L'hôpital V n'a pas très bonne réputation et sa situation, entre une clinique privée et un grand CHU le condamne à la fermeture de ses activités de chirurgie, de médecine et de gynécologie-obstétrique si l'établissement choisit l'immobilisme pour les cinq ans à venir. Le directeur, soutenu par le Président de CME (en poste depuis 20 ans au CHV et étant à son quatrième mandat de président de CME), souhaite alors mener une véritable réflexion pour ne pas se tromper dans le projet à cinq ans. Si la réflexion et les analyses montrent qu'il faut convertir l'activité de court séjour de l'hôpital en activité de Soins de Suite et de Réadaptation, l'établissement prendra cette orientation, mais pas avant de

[373] Les mots en italiques correspondent aux expressions employées par les parties prenantes de cette organisation.

s'être assuré que celui-ci ne peut pas contribuer à la performance de l'offre de soins régionale en gardant une activité de court séjour. L'enjeu de l'établissement se traduit aujourd'hui par la nécessaire satisfaction de quatre dimensions de la performance de l'établissement.

S'inscrire dans les priorités définies par l'ARH.
L'ARH a défini dans le cadre du SROS de deuxième génération les priorités de la région pour les années 1999-2004. Les domaines d'application prioritaires sont[374] : le dispositif des urgences, les maternités, la cancérologie, la coopération hospitalo-universitaire et le développement de la télémédecine. Le projet de l'hôpital V doit apporter une réponse aux priorités de l'ARH. L'établissement doit définir pour chacune de ces priorités les objectifs que lui-même se fixe et les moyens qu'il se donne pour les atteindre.

Adaptation des prises en charge aux besoins des patients.
La population du secteur sanitaire de l'établissement se caractérise par un creusement des écarts d'âge : d'une part un vieillissement de la population qui conduit à une augmentation de la prise en charge de personnes présentant plusieurs pathologies, pour lesquelles le séjour en milieu hospitalier est généralement traumatisant et qui requièrent après l'épisode aigu de soins une prise en charge médicale, soignante, et sociale au domicile ou dans une institution spécialisée. D'autre part, une augmentation du nombre d'enfants et de femmes enceintes du fait de la proximité d'une grande ville : la commune de notre établissement présente le double avantage d'être proche d'une grande ville et d'offrir les conditions de vie de la campagne, par conséquent toute une population de personnes entre 30 et 40 ans s'y installe. Par conséquent, l'hôpital se trouve confronté à une recrudescence du nombre des accouchements et du nombre des urgences pédiatriques. De plus, indépendamment des évolutions démographiques, l'établissement souhaite développer les alternatives à l'hospitalisation pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et ne plus hospitaliser systématiquement les patients. Ainsi, par exemple, les modalités des traitements chimiothérapiques sont revues pour satisfaire au mieux les patients concernés : augmenter les plages horaires de ce traitement afin que les patients puissent se présenter à des moments de la journée et de la semaine qui gênent le moins possible leur vie familiale et sociale, mais aussi effectuer le traitement assis et non plus allongé pour alléger le traumatisme psychologique et physique d'un tel traitement. En cherchant à recentrer l'organisation sur les patients, l'établissement est alors conduit à repenser les frontières et les modalités de son activité afin de développer des coopérations avec d'autres entités du système de santé.

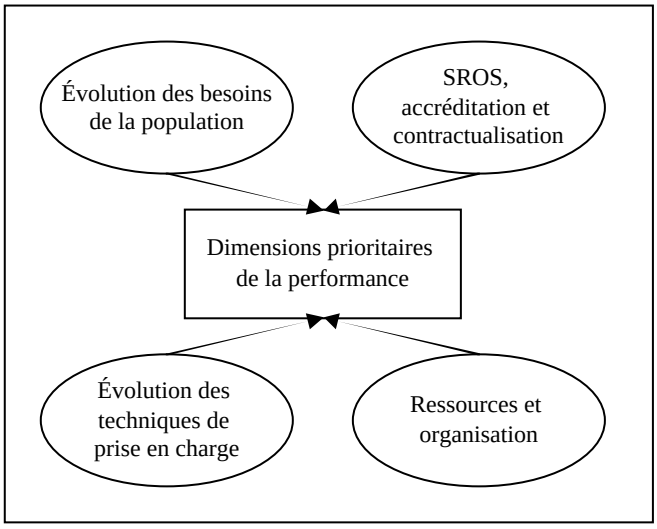
Améliorer le potentiel de l'organisation en augmentant les ressources détenues.
Les chirurgiens dénoncent un manque de plage horaire d'intervention chirurgicale au bloc opératoire ce qui les conduit à programmer leurs interventions à six mois. Le service d'Imagerie Médicale est considéré comme utilisé à sa capacité maximale mais ne satisfait cependant pas les demandes des praticiens. Le service des urgences ne parvient plus à trouver des lits dans l'établissement pour hospitaliser les patients et la file d'attente aux urgences est de 2 h 30 en moyenne. L'ensemble des professionnels dénonce un manque

[374] ARH Rhône-Alpes, *Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Rhône-Alpes, 1999-2004*, 68p.

d'effectif la nuit et le week-end. Autant d'éléments qui se traduisent par une incapacité de l'établissement à faire face à la demande de la population.

Intégrer les nouvelles technologies dans de nouveaux modes de faire.
L'évolution des technologies médicales et soignantes conduisent, d'une part à une spécialisation des praticiens et donc à l'augmentation du nombre d'intervenants pour une même prise en charge, d'autre part à la mise en place d'autres modes de traitements, souvent moins invasifs et permettant des épisodes hospitaliers de plus en plus courts. L'établissement doit intégrer les nouvelles technologies pour améliorer la qualité des prises en charge tout en assurant une forte coordination entre les professionnels de soins.

Figure 16: Les dimensions prioritaires de la performance



Ces dimensions interviennent de manière dépendante et interreliée. Elles se décomposent en deux catégories : les dimensions externes et communes à l'ensemble des établissements, que constituent la nécessaire intégration des évolutions technologiques pour améliorer la qualité des prises en charge et la nécessaire inscription de ses actions dans le cadre régional de régulation. Les dimensions internes et spécifiques à l'établissement, que sont les patients de l'établissement, les ressources détenues et leur mode d'organisation.

2.2. LA REACTION DES ACTEURS

Sept catégories d'acteurs se distinguent par leurs attitudes face à l'enjeu et aux dimensions prioritaires de la performance clairement annoncés par le directeur de l'hôpital V, lors de la journée de sensibilisation, enjeu et dimensions régulièrement réaffirmés lors des nombreuses réunions qui ont eu lieu.

Tableau 27 : La réaction des professionnels de l'hôpital V

Groupes d'acteurs	Comportement	Commentaires
Le directeur, Le président de la CME, Le directeur du DIM	Une conviction sur les enjeux inébranlée.	Cette première catégorie constitue le noyau dur du projet, qui est resté convaincu de la nécessité de repenser la stratégie de l'établissement pour en améliorer sa performance.
Le conseil d'administration	Une absence de participation	Les membres du conseil d'administration sont restés absents des réflexions et des négociations menées tant en interne qu'en externe.
Les Cadres infirmiers	Un droit de réserve	Les cadres infirmiers sont restés dans une forme d'engagement retenu. Les cadres infirmiers attendent de voir et affichent un certain scepticisme.
Les soignants	Un sentiment d'exclusion	Les soignants se sentent exclus de toute la réflexion et quelque peu fatalistes face à la situation. Les choses se feront si la direction juge qu'elles doivent se faire.
Les administratifs	Une subordination complète à la direction	Les administratifs que représentent le directeur adjoint, le directeur financier, le directeur des ressources humaines et le responsable qualité ont suivi les orientations définies par le directeur et se sont placés en personnes ressources tout au long de la démarche.
Les médecins de première génération	Incrédulité face aux enjeux	Les médecins que nous qualifions de première génération, c'est-à-dire en poste à l'hôpital V depuis en moyenne une vingtaine d'année, ont refusé de croire aux risques encourus par l'hôpital dans un proche avenir. Selon eux, l'hôpital est une institution sacrée immuable.
Les médecins de deuxième génération	Un manque de confiance vis-à-vis de la direction	Les médecins que nous qualifions de deuxième génération, c'est-à-dire en poste depuis cinq ans en moyenne, sont prêts à croire aux enjeux mais n'ont pas confiance dans la direction quant à ses propres motivations. Pour eux, la direction ne cherche pas à abonder dans leur sens mais plutôt à leur mettre des « bâtons dans les roues ».

Cette typologie des acteurs est schématique et retrace les grandes caractéristiques des comportements des acteurs. Nous avons observé des grandes tendances de comportements selon les catégories professionnelles des acteurs. Ainsi, au départ, les réactions se sont-elles exprimées telles que nous les avons présentées dans le tableau ci-dessus.

Le noyau dur de la démarche (directeur, président de CME et DIM) a donc eu à convaincre des groupes d'acteurs. Il a été difficile de parvenir à convaincre les cadres infirmiers. Leur droit de réserve sur leur engagement éventuel reposait, d'une part, sur leur scepticisme vis-à-vis d'une démarche qui à leur sens ne représentait qu'une des innombrables réflexions sans issues auxquelles ils avaient déjà participées. Leur droit de

réserve reposait d'autre part sur l'attente de voir l'engagement des médecins eux-mêmes. Leur travail étant fortement lié aux médecins, les cadres ne voulaient pas se prononcer avant d'avoir entendu les médecins sur ce sujet. Lorsque parmi les médecins et notamment les médecins de deuxième génération, certains se sont engagés fermement dans la démarche, les cadres ont alors suivi. Or, une fois les cadres infirmiers engagés, les soignants ont repris confiance dans la démarche.

Le scepticisme des médecins fut difficile à commuer en véritable engagement. Le président de la CME a réalisé un « travail de fond » très important en cherchant à rassurer chacun sur les conséquences individuelles des démarches envisagées, par le biais d'entrevues individuelles fréquentes avec les médecins. Le président de la CME a géré les individualités, là où le directeur a géré les groupes de médecins, pour faire admettre la nécessité d'un réel projet commun, non pas dans la continuité historique de l'activité de l'hôpital, mais comme véritable révolution de sa performance. Les médecins de deuxième génération se sont engagés dans la démarche au moment où ils ont eu confiance dans la détermination du noyau dur. En effet, ceux-ci sont pris en étau entre les exigences de subordination vis-à-vis de leurs pairs chefs de service pour leurs futures nominations en tant qu'assistant et chefs de service, et leurs désirs de moderniser profondément l'hôpital. Il leur fallait la certitude que la direction « ne les laisserait pas tomber ».

Enfin, les médecins de première génération se sont engagés dans la démarche les derniers, quand ils ont compris que la détermination de l'ensemble des acteurs était inébranlable et que la modernisation de l'hôpital aurait lieu avec ou sans eux.

L'engagement des acteurs dans la réflexion a nécessité une détermination apparente permanente du noyau dur. En effet, à chaque doute énoncé de ce dernier, les acteurs remettaient en cause toutes les réflexions précédentes. Nous avons retracé ici cet engagement de manière schématique. Dans les faits, le processus a été très long : ce n'est en effet qu'en juin 2001 que l'ensemble des acteurs a admis les enjeux et s'est engagé dans la refonte complète du positionnement de l'hôpital V. Cet engagement a été très variable selon les acteurs et jamais acquis une fois pour toute. Ainsi le groupe de réflexion a connu une géométrie fortement variable selon les degrés d'engagement des uns et des autres. La démarche a bien reposé sur des engagements d'acteurs, même si ceux-ci ont fortement fluctué au cours du temps.

3. LE CAS MC : EQUILIBRER LE BUDGET, OU CHANGER D'AFFILIATION

Le deuxième établissement dans lequel nous sommes intervenue dans le cadre de notre thèse, que nous appelons ici établissement MC, a fait appel au GRAPHOS, en septembre 2000, pour l'accompagner dans la réflexion sur la stratégie à mettre en œuvre pour améliorer les résultats financiers de son activité. Établissement mutualiste issu d'une fusion de deux établissements mutualistes dans les années 1990, celui-ci est en déficit, ce qui coûte à l'ensemble de la Mutualité Française. Cet établissement s'est récemment installé dans de nouveaux locaux.

Tableau 28 : Quelques données chiffrées sur l'établissement MC en 1999

Nombre de lits de Chirurgie, et de réanimation	210
Entrées totales MCO	9 532
Journées totales	49 184
DMS	5,16
Nombre de points ISA	17 768 251

Aujourd'hui le problème majeur qui se pose à cet établissement est sa capacité à équilibrer son budget. Établissement sous dotation globale, celui-ci accuse un déficit d'environ 10 millions de francs pour l'année 1999, déficit récurrent depuis quelques années. Ce déficit est naturellement financé par la Mutualité Française et donc par ses affiliés. Or, la Mutualité Française, pour assurer sa légitimité vis-à-vis des mutualistes, doit assurer une bonne gestion de ses activités. La position déficitaire de l'établissement MC n'est donc pas soutenable à long terme pour la Mutualité Française ; qui devrait alors être conduite à se désengager du financement de cette offre de soins pour envisager d'autres modalités de satisfaction des besoins de soins des mutualistes. L'enjeu majeur pour MC est donc clairement d'être capable de résorber son déficit, sinon l'établissement sera cédé.

3.1. LES DIMENSIONS PRIORITAIRES DE LA PERFORMANCE

Quatre dimensions prioritaires de performance se dégagent pour l'établissement MC dans le cadre de cet enjeu.

S'inscrire dans la continuité des orientations stratégiques précédentes.

Le contexte réglementaire impose à chaque établissement de santé une réflexion stratégique. Cette réflexion stratégique doit être actualisée régulièrement par période d'environ 5 ans. Une première réflexion avait été engagée en 1988, de manière parallèle dans les deux établissements mutualistes. Cette première réflexion avait permis un certain nombre de constats relatifs à l'activité, ainsi que l'engagement d'une réflexion collective Administrateurs-Gestionnaires-Médecins. Elle avait posé le principe de spécialités bien organisées, et souligné l'incohérence d'organisation de certaines disciplines (ophtalmologie et ORL). La réflexion menée en 1994-1995 a alors induit une réflexion commune aux deux établissements, qui s'est traduite par la création d'une Commission Médicale d'Établissement unique et d'un projet médical commun aux deux établissements mutualistes. Cette réflexion a permis le renforcement, par l'absorption de la clinique de G, d'un ensemble de disciplines vitales particulièrement fragiles (urologie, vasculaire, digestif, anesthésie). Cette réflexion, en outre, a favorisé la fédération du corps médical dans la perspective d'un établissement unique. La réflexion qui s'engage en 2000 pour les années 2001-2005 doit tenir compte de cette consolidation du portefeuille d'activités existant mais aussi de l'environnement et des contraintes budgétaires.

Faire face à la concurrence.

L'ensemble des établissements de santé publics comme privés du secteur de cet établissement, ont eux-mêmes entrepris une révision stratégique très importante de leurs objectifs.

- Le pôle privé commercial constitué d'une clinique privée à but lucratif (clinique A) a repris en gestion la clinique J, la clinique M et très récemment la clinique S et va ainsi créer un pôle chirurgical très important au Sud de la ville. L'ampleur de ce projet implique qu'un partenaire financier majeur en soit le promoteur.
- L'hôpital public a décidé quant à lui, à l'horizon 2006, de concentrer l'ensemble de ses plateaux techniques et de ses activités de court séjour sur son site Nord, opération très fortement soutenue par les pouvoirs publics.

Ainsi à l'horizon 2006-2007, deux grands pôles hospitaliers existeront dans la commune : un pôle privé commercial de l'ordre de 300 lits, un pôle public d'environ 500 lits de chirurgie. Deux établissements de taille moyenne spécialisés en chirurgie resteront à cet horizon indépendants : la clinique P d'environ 120 lits de chirurgie au nord de la ville et l'établissement MC de 210 lits et places autorisés au sud de la ville.

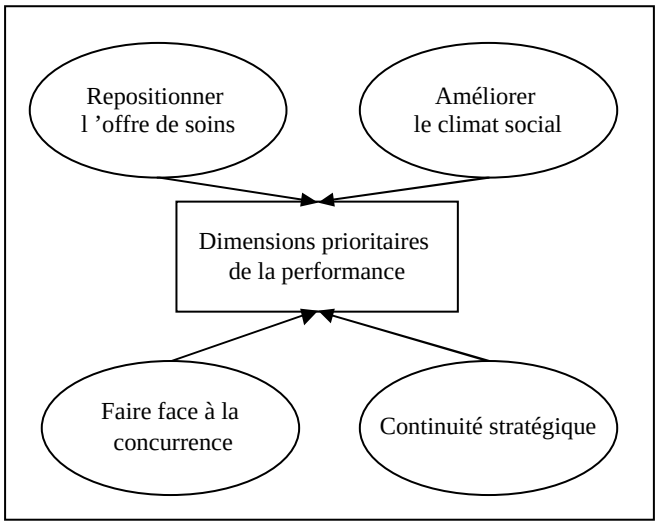
Repositionner l'offre de soins

Les budgets alloués à l'établissement mutualiste évoluent, certes chaque année, du coût de la vie, mais les marges de manœuvre sont de plus en plus restreintes, l'essentiel des gains de productivité ayant d'ores et déjà été absorbés pour financer les surcoûts de la nouvelle structure. L'ARH ne sera pas disposée à donner des moyens complémentaires à la Mutualité Française dans un contexte de surabondance de lits chirurgicaux dans le secteur sanitaire de l'établissement. Par conséquent, celui-ci doit repenser le positionnement de son activité pour parvenir à résorber le déficit budgétaire structurel de son activité.

Améliorer le climat social.

Le blocage des rémunérations et la nouvelle organisation du travail induite par les lois sur l'aménagement et la réduction du temps de travail rendent très sensible le corps social, de moins en moins disposé à accepter les évolutions dans leurs conditions de travail, évolutions considérées aujourd'hui comme des menaces et non comme des opportunités. Le climat social s'est fortement dégradé. Au moment de notre intervention une grève des personnels soignants était annoncée, grève liée au caractère payant du parking de l'établissement, pour les professionnels eux-mêmes. Les personnels considèrent avoir fait tous les efforts possibles et sont extrêmement méfiants vis-à-vis de la direction et de toutes les décisions que celle-ci peut prendre.

Figure 17 : Les facteurs de reconfiguration de l'établissement MC



Le constat de départ est que la structure de coûts laisse apparaître une forte productivité de l'établissement MC par rapport aux établissements comparables. Ce constat est fait par l'ARH dans une étude réalisée en février 2001. Toutefois la valeur moyenne du point ISA apparaît supérieure à la moyenne régionale en 1999 : 13,20 francs pour l'établissement MC contre 12,76 francs de moyenne régionale.

Les budgets ne permettent pas de financer toutes les mesures prises par les pouvoirs publics : taxes sur les transports, réduction du temps de travail. L'équilibre n'a pu être obtenu en 1994 qu'au prix d'une réduction socialement subie des effectifs du personnel : 470 ETP en 1994 financé pour les activités chirurgicales ; 410 ETP en 2001 pour 373 ETP financés par la dotation globale.

Les actions de nature budgétaire sont potentiellement faibles :

• Les actions sur les dépenses :

Groupe 1 : dépenses de personnel médical et non médical. Les effectifs de la clinique sont notoirement faibles par rapport aux cliniques comparables du secteur, selon le

rapport de l'ARH de février 2001. Toutefois, l'écart entre l'effectif financier des personnels non médical (373 ETP) et l'effectif en début d'année (410 ETP) est à corriger, mais reste socialement difficile. Pourtant, sur la base d'un contrat à durée déterminée de 250 000 francs bruts chargés annuels, le surcoût budgétaire est considérable.
Groupe 2 : dépenses médicales et pharmaceutiques. Potentiellement, environ 2 millions de francs d'économies sont possibles grâce à une meilleure gestion des dépenses médicales et pharmaceutiques, en particulier pour tout ce qui concerne le petit matériel. Le recrutement d'un nouveau pharmacien est en cours, ainsi que le départ de l'actuel titulaire du poste, ce qui suscite un certain nombre de remous.
Groupe 3 : dépenses hôtelières. Les marges d'économies sont quasi inexistantes.
Groupe 4 : Frais financiers. Aucune économie envisageable.

Les efforts sur les dépenses doivent donc porter essentiellement sur les effectifs non-médicaux et sur les dépenses médicales et pharmaceutiques.

• Les actions sur les recettes :
Les procédures de facturation doivent être améliorées afin d'éviter les créances irrécouvrables. L'enjeu économique en année pleine est cependant faible. Les variations sur les recettes hors sécurité sociale, telles que les suppléments pour chambre particulière sont politiquement difficiles, et de plus d'une efficacité relativement restreinte (une augmentation de 10 francs sur un tel supplément induit un gain potentiel de recette de 300 000 francs).

En conclusion, une partie du déficit budgétaire peut être résorbée au prix d'efforts importants sur les dépenses pharmaceutiques et de matériel médical, et une autre partie par la réduction des effectifs non médicaux. La réduction des effectifs non médicaux se trouve confrontée au mécontentement du corps social, qui a déjà subi des réductions de postes importantes suite à la fusion des deux établissements mutualistes. Le climat social est tendu. De plus, l'installation dans les nouveaux locaux conduit à un besoin de personnel important, le temps que chacun « prenne ses marques » dans le nouvel établissement.

Par conséquent, d'autres solutions sont à rechercher pour retrouver et maintenir structurellement l'équilibre budgétaire. Ces solutions sont recherchées du côté des orientations stratégiques de l'activité.

3.2. LES REACTIONS DES ACTEURS

Six groupes d'acteurs se distinguent ici, par leur attitude vis-à-vis de l'enjeu de la recherche de performance. Dans le cas de l'établissement MC, la notion de groupes d'acteurs ne signifie pas qu'il y a eu des coalitions entre ces acteurs. Les groupes d'acteurs renvoient ici à des comportements individuels analogues.

Tableau 29 : La réaction des professionnels de l'établissement MC

Groupes d'acteurs	Comportement	Commentaires
Le président du conseil d'administration	Détermination catégorique au départ puis affaiblissement de la position	Le président du conseil d'administration a tout d'abord clairement affiché les enjeux de la reconfiguration de l'établissement. Il n'a pas laissé l'ombre d'un doute quant à ses résolutions, soit de trouver un moyen de combler le déficit budgétaire, soit de désengager la mutualité de la propriété de l'établissement. Cependant, au fil des réunions, sa position s'est avérée moins catégorique face aux implications des différents scénarios d'évolution envisagés.
Les membres du conseil d'administration	Soutien apparent, mais individualisme.	Les membres du conseil d'administration soutiennent le président du conseil d'administration en apparence. Au fil des réunions, il est apparu qu'ils n'avaient pas la même manière d'appréhender les choses et qu'ils n'approuvaient pas forcément tous les propos du président. Sous des apparences de solidarité, ils ont en fait chacun une vision personnelle de l'évolution de l'établissement car leurs engagements ne sont pas les mêmes.
Le directeur de la branche départementale de la Mutualité Française	Engagement selon l'attitude du président du conseil d'administration	Le directeur de la branche départementale de la mutualité est commandité explicitement par le président pour trouver les moyens de réduire le déficit budgétaire. C'est lui qui prépare la décision du conseil d'administration et il fait front en apparence avec le président, car les enjeux sont pour lui des enjeux professionnels.
Le directeur de l'établissement	Engagement selon l'attitude du président du conseil d'administration	De même pour le directeur de l'établissement. Celui-ci est chargé de trouver les zones possibles d'économies budgétaires et de fournir tous les documents utiles pour la réflexion.
Les médecins « phares »	Saisir les opportunités	Les médecins que nous qualifions de « phares » sont les médecins correspondants aux disciplines porteuses de l'établissement que constituent les disciplines de chirurgies digestive, vasculaire et orthopédique, ainsi que la réanimation. Ces médecins ne se sentent pas mis en péril par les enjeux annoncés de la reconfiguration de l'activité et y voient même des opportunités pour conforter leur place. Par conséquent, ils s'engagent dans la démarche.
Les médecins « isolés »	Résignés	Les médecins « isolés » sont les médecins exerçant des chirurgies de spécialités : ophtalmologie, ORL. Ces médecins refusent de croire aux enjeux car ils en connaissent les conséquences sur leur activité.

Dans cet établissement, le problème lié au budget n'est pas nouveau. Mais du fait de la fusion des deux établissements dans les années 1990, et de la construction de nouveaux locaux, la réduction du déficit ne faisait pas partie des priorités et elle était même attendue de manière naturelle une fois l'installation dans les nouveaux locaux réalisée.

Par conséquent, les médecins étaient déjà sensibilisés à cet enjeu. Leur engagement a donc été rapidement obtenu pour les médecins « phares ». Les médecins « isolés » ont cherché à dénier cet enjeu par crainte des conséquences de ceux-ci sur leur activité. Ils ont donc cherché à tester la détermination des membres du conseil d'administration. Cette

détermination n'a d'ailleurs pas été clairement soutenue tout au long du processus et ceci a constitué un des premiers points d'achoppement de la réflexion sur la recherche d'une vision partagée de la performance de l'établissement. En effet, chacun est restée sur sa vision locale de la performance, convaincu de la prépondérance de son référentiel implicite d'évaluation.

4. LE CAS E : DEVELOPPER DES COOPERATIONS, OU ETRE MARGINALISE

E est un établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier et accueillant à ce titre des urgences 24 heures/24. L'établissement E est l'un des 20 établissements mutualistes de France qui représentent au total plus de 2700 lits de court séjour.

E, lors de son premier projet d'établissement, avait défini quatre axes majeurs dans la recherche d'amélioration de la performance[375] :

- Prendre en charge de façon personnalisée le malade dans sa globalité.
- Faire ce que l'on sait bien faire et rien que cela, mais s'efforcer de le faire toujours mieux et à un moindre coût, afin d'accompagner le malade dans sa trajectoire de soins.
- Le faire dans le cadre d'une pratique médicale salariée qui supprime tout risque d'interférence entre la rémunération du médecin et la prise en charge du malade.
- Le faire également dans la fierté de participer à la fois au service public et au service mutualiste.

Ces quatre axes de performance reposant sur quatre leviers d'amélioration :

- Recherche constante de synergies, pour un meilleur service rendu au malade à l'intérieur de la clinique ou à sa sortie, par la mise en place de partenariats.
- Recherche constante d'un meilleur rapport qualité prix au service du malade et de la collectivité toute entière.
- Recherche d'une organisation clinique flexible, capable de faciliter l'adaptation de la clinique aux mutations prévisibles et imprévisibles (partage avec d'autres du plateau technique, responsabilisation de tous les acteurs).
- Mise en place d'une gestion interne décentralisée participative.

Le constat, en 1999, au moment de l'élaboration du second projet d'établissement est que pendant les cinq années passées, chacun dans l'établissement s'est mobilisé pour faire de ces objectifs une réalité. La politique mise en œuvre pour contenir les budgets a porté ses fruits, comme en témoigne la place avantageuse de E dans la distribution régionale des points ISA (valeur du point ISA - 11,64 francs - inférieure à la moyenne régionale – 12,68 francs). L'hôtellerie a été améliorée, les blocs opératoires ont été reconstruits, le service d'obstétrique a été modernisé. De même, le pari des urgences a été tenu malgré les moyens insuffisants. Au moment de l'élaboration de son deuxième projet, E doit engager une réflexion sur le développement de coopérations et l'organisation en réseau de son activité pour améliorer encore ses performances. En effet, les points positifs qui se dégagent du bilan des années passées laissent tout de même apparaître un risque pour l'établissement. L'offre de soins sur le secteur est abondante et réalisée par un nombre important d'établissements. Par conséquent la concurrence est forte et l'établissement E,

[375] Clinique E, *Projet d'établissement 1998-2003*, Document interne, 183p.

dont le poids relatif est faible dans cette offre de soins, risque de voir son activité marginalisée à terme sur le secteur.

Pour élaborer son deuxième projet d'établissement, l'établissement E a fait appel au soutien méthodologique du GRAPHOS dans la continuité du soutien déjà apporté par celui-ci lors du premier projet d'établissement.

Tableau 30 : Quelques données chiffrées sur l'établissement E en 1998

Nombre de lits de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)	164
Entrées totales MCO	7 814
Accouchements	1 510
Journées totales MCO	41 697
DMS	5,33
Nombre de points ISA	14 048 794

4.1. LES DIMENSIONS PRIORITAIRES DE LA PERFORMANCE

Trois dimensions prioritaires de performance se dégagent dans le cadre de cet enjeu.

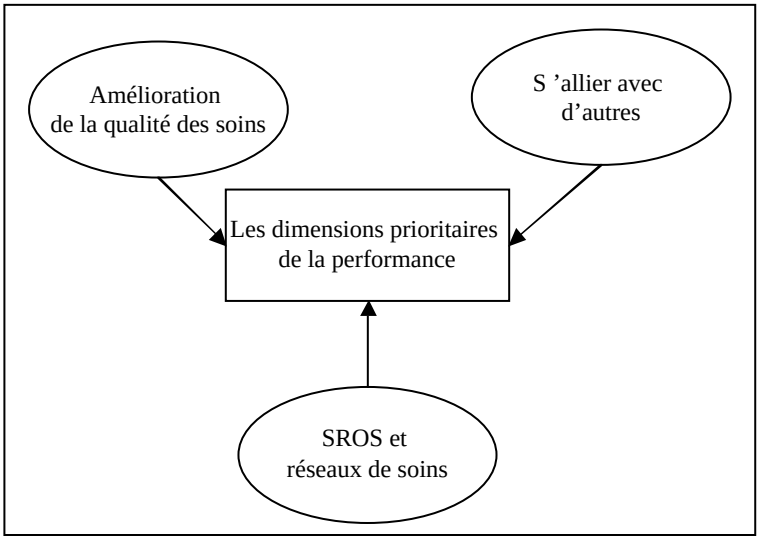
Améliorer la qualité et la sécurité des soins et notamment la continuité des soins pour les patients.
De nombreux travaux ont été réalisés du côté de la qualité, mais beaucoup de chemin reste à faire. Une expérience a été réalisée avec une équipe canadienne en matière d'accréditation, qui a fait prendre conscience des points forts de l'établissement, mais aussi des faiblesses en matière de qualité et de sécurité. Le travail réalisé sur certains dossiers de patients montre que leur trajectoire est trop souvent aléatoire, reposant sur des coïncidences, dès qu'il s'agit de faire appel à des compétences extérieures. Offrir un service de qualité en toute sécurité est une dimension clef de l'attractivité de l'établissement, et donc du développement de son activité sur le secteur sanitaire.

S'allier avec d'autres établissements pour renforcer son poids dans l'offre de soins.
L'analyse conduite sur l'environnement montre que de nombreuses restructurations sont en cours qui conduisent à une recomposition de l'offre de soins tant dans le secteur public que dans le secteur privé. L'établissement E doit s'engager dans cette vague de recomposition de l'offre de soins et être actif pour repositionner son activité.

Répondre aux priorités de l'ARH

La maîtrise des dépenses de santé, la continuité des soins, les exigences du SROS de deuxième génération conduisent vers la recherche du développement de réseaux de soins. E ne peut plus faire seul et doit rechercher à l'extérieur des partenaires pour améliorer la performance de l'offre de soins de son secteur, au risque de voir son offre de soins marginalisée dans les recompositions qui s'opèrent.

Figure 18 : Les dimensions prioritaires de la performance



Le projet d'établissement, centré sur l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité sous contrainte d'efficience, s'inscrit dans les objectifs du SROS de deuxième génération :

- Améliorer la prise en compte des besoins de santé par le système de santé et en son sein par l'offre hospitalière.
- Promouvoir la coordination des soins en développant la complémentarité entre les différents segments de l'offre hospitalière.
- Participer à la recomposition du tissu hospitalier.

Ces objectifs impliquent la nécessité de contractualiser l'ensemble des relations en interne comme en externe et de formaliser l'ensemble des procédures. Cette contractualisation doit être généralisée et étendue à l'ensemble des secteurs de l'établissement.

4.2. LES REACTIONS DES ACTEURS

L'établissement E est en situation de reconfiguration majeure depuis 1983 avec la mise en place du financement par dotation globale. Tout au long de cette période, le directeur a exigé d'importants « sacrifices » de la part des professionnels, notamment pour parvenir à réduire les dépenses et à financer la construction de bâtiments neufs. Malgré les sacrifices exigés, la réussite de ces projets a nourri la confiance des professionnels vis-à-vis du

directeur. Par conséquent, quand celui-ci leur annonce les enjeux de la réflexion actuelle dans le cadre du projet d'établissement, ceux-ci s'engagent naturellement dans la démarche. Il n'y a pas ici de groupes de comportements distincts qui émergent, en ce qui concerne les enjeux associés à l'amélioration de la performance de l'établissement.

Tableau 31 : Les réactions des professionnels de l'établissement E

Groupes d'acteurs	Comportement	Commentaires
Le directeur de l'établissement, le directeur financier et le directeur du département de l'information médicale	Détermination claire	Ces acteurs affichent un engagement clair sur les enjeux et une solidarité vis-à-vis des responsabilités à prendre.
Les médecins chefs de service	« Tractions » de la réflexion	Les médecins chefs de service constituent des éléments moteurs de la réflexion qui tirent la réflexion en sollicitant les autres acteurs et en diffusant toutes les informations sur la réflexion
Les autres médecins et les soignants	« Propulsions » de la réflexion	Ces acteurs expriment une certaine confiance vis-à-vis des médecins chefs de service et de la direction sur leur capacité à saisir les enjeux liés à la pérennité de l'établissement. Ils poussent alors la réflexion.

Lors de la journée de sensibilisation des personnels, le directeur a fait présenter aux médecins l'ensemble des scénarios possibles d'évolution de leur activité et de l'activité de l'ensemble de l'établissement selon trois modalités d'action : le *statu quo*, faire seul, faire avec d'autres dans le cadre de conventions. Les médecins eux-mêmes ont alors pris conscience des risques de marginalisation encourus dans le cas des deux premiers scénarios. À partir de là, la discussion a pu être amorcée pour établir le diagnostic de la situation et envisager les modalités d'amélioration de la performance.

SYNTHESE CHAPITRE VI

La prise de conscience des enjeux est primordiale pour pouvoir réunir les acteurs autour d'une table et travailler réellement sur le diagnostic et les leviers d'action, mais aussi pour s'assurer que les réflexions menées le seront dans une convergence d'intérêts internes et externes. En effet, l'hôpital s'inscrit dans un système plus large et ne peut penser sa performance indépendamment de la performance du système de santé (*performance verticale*). Par conséquent, il est essentiel d'inscrire toute réflexion dans le cadre global de performance et non uniquement en référence à l'établissement. Le *pourquoi* est primordial et renvoie à la question du sens de l'action et de la convergence des actions individuelles. En effet, chacun des acteurs est soumis à des logiques de performance centrifuges : le président du conseil d'administration, dans le cas MC, est mobilisé par des logiques politiques de performance. Les médecins, dans le cas V, cherchent à préserver leur territoire et leurs lits, attributs de la performance de leur activité. La première condition nécessaire pour combiner les différentes logiques est de faire accepter par l'ensemble des acteurs les enjeux de la réflexion. Cette prise de conscience des enjeux est variable dans l'espace et dans le temps. Cette prise de conscience, de surcroît, n'est pas acquise une fois pour toute et nécessite d'être toujours requestionnée et retravaillée.

La prise de conscience s'est réalisée de manière homogène par l'ensemble des acteurs dans le cas E. L'histoire du directeur au sein de l'établissement et la confiance que celui-ci a su susciter ont permis un engagement rapide des acteurs.

Dans le cas V, le directeur et le président de la CME ont dû afficher une détermination régulière et faire la preuve que l'enjeu n'était pas un enjeu personnel, mais bien un enjeu pour les patients pris en charge, et pour l'ensemble de l'établissement. Le deuxième point caractéristique du cas V est que les acteurs ont tour à tour évolué dans leur engagement. Nous avons pu observer des phases de recul et de doute sur l'enjeu et les dimensions prioritaires de performance eux-mêmes. La réflexion a été menée par un « noyau dur » constitué du directeur, du président de la CME et du directeur du DIM, et s'est appuyée sur les acteurs engagés du moment. Ainsi, les réflexions ont été alimentées de manière variable par les différents acteurs. Dans une situation comme celle de l'hôpital V, il était de toute façon vain de vouloir l'adhésion de tous en permanence dans la réflexion.

Dans le cas MC, de nombreuses logiques individuelles sont en présence, les acteurs ont conscience de l'enjeu, mais ne sont pas prêts aux remises en cause que cela implique. Ceci nous conduit alors à envisager deux autres conditions du management de la performance. L'adhésion des acteurs aux enjeux ne suffit pas. Celle-ci doit être combinée à la définition d'un diagnostic commun de la situation de l'établissement et à la détermination d'axes prioritaires d'action dans la recherche de la performance.

Chapitre VII

Vision partagée des acteurs sur le diagnostic de la performance

La définition de *diagnostic* qui nous est donnée dans le dictionnaire historique de la langue française est : *« conclusion prospective résultant de l'examen approfondi d'une situation critique »*. Le diagnostic a pour but *« d'apprendre à connaître*[376] *»* une situation. Dans le cas du projet d'établissement, le diagnostic a pour objet de définir quels sont les points forts et les points faibles de l'établissement, quels sont les éléments sur lesquels les nouvelles orientations peuvent s'appuyer et quels sont les éléments à rectifier. Le diagnostic n'est pas l'audit. Le diagnostic est *« un jugement porté sur une situation, sur un état, après en avoir dégagé les traits essentiels »* ; l'audit est *« une procédure de contrôle de l'exécution des objectifs d'une entreprise*[377] *»*. Par conséquent, le diagnostic n'est pas contraint par les objectifs préexistants de l'organisation, et il ne cherche pas à apprécier la situation au regard des objectifs que s'est donnée l'organisation. Le diagnostic est un jugement sur une situation à visée prospective. Dans le diagnostic, on ne connaît pas *a priori* ce que l'on cherche à évaluer.

La question du point de vue selon lequel est abordé le diagnostic est cependant primordiale, et ce point de vue nous renvoie alors aux enjeux du projet énoncés dans le chapitre précédent. En effet, il existe plusieurs diagnostics possibles pour une même situation. Ceci est dû au fait qu'il existe plusieurs angles d'attaque du diagnostic : diagnostic social, diagnostic médical, diagnostic économique, par exemple. Le corollaire de ceci est qu'il existe plusieurs informations pour un même événement. Pour une intervention chirurgicale, par exemple, on peut avoir une information en termes de KC ou en termes de points ISA. Enfin, la pluralité des diagnostics peut s'expliquer par le fait qu'il existe plusieurs interprétations possibles d'une même information. Par conséquent, les acteurs ont chacun leur propre point de vue sur la situation du fait de leur position respective dans l'organigramme, de leurs expériences et caractéristiques personnelles. Or, pour pouvoir intégrer les acteurs dans une démarche commune de définition de la performance, le partage du diagnostic entre les acteurs de l'organisation constitue un

---

[376] Rey A., *Dictionnaire historique de la langue française*, 1991.

[377] Collignon E., Wissler M., *Qualité et compétitivité des entreprises. Du diagnostic aux actions de progrès*, Economica, 1984, 279p., cité in Bartoli M., *Diagnostic d'entreprise, l'économique à l'épreuve du social*, Intereditions, 1994, 324p. ; p. 37.

élément essentiel. Tant que les acteurs n'ont pas une vision partagée du diagnostic, il est impossible d'envisager des modifications profondes mises en œuvre par tous.

La difficulté est alors double. Cette difficulté provient du fait qu'il faut faire adhérer les acteurs à un diagnostic, donc leur en montrer la pertinence selon l'angle d'attaque, c'est-à-dire les enjeux. Mais cette difficulté provient également de la difficulté à déceler l'information pertinente pour ce diagnostic. Il existe dans le secteur hospitalier une profusion d'informations de sources diverses et de constructions hétérogènes. Ces nombreuses informations conduisent à toutes les affirmations et leurs contraires. Par exemple, le système de santé français est un jour classé premier en termes de performance par l'OMS, un autre jour le système de santé français est classé parmi les moins bons d'Europe, car le taux de mortalité prématurée est supérieur à celui des autres pays d'Europe. Toutes les informations se parasitent les unes les autres pour conduire *in fine* à un manque d'information pertinente pour établir un diagnostic en cohérence avec les enjeux de l'amélioration de la performance.

Nous présentons dans ce chapitre les informations mobilisées pour établir un diagnostic partagé par tous. Pour chaque établissement, nous avons réuni et mis en forme les informations selon les enjeux et les problématiques de l'établissement. Dans une première section, nous présentons, les différentes sources d'information utilisées. Puis nous décrivons pour chaque établissement les étapes d'élaboration du diagnostic.

Ce chapitre est composé de quatre sections :
Section 1 – La collecte d'information générale
Section 2 – Le cas C : ressources et processus à améliorer
Section 3 – Le cas MC : des disciplines trop coûteuses
Section 4 – Le cas E : une offre de soins éclatée et surabondante

1. LA COLLECTE D'INFORMATIONS GENERALES

Chaque mois, les chefs de services de l'hôpital Y reçoivent sur leur bureau un épais document informatique, bourré de statistiques sophistiquées dont ils ne parviennent à saisir ni la raison d'être, ni l'usage qu'ils pourraient en faire. Chaque mois, deux comportements caractérisent les chefs de services, les uns font passer ledit document à leur secrétaire qui l'archive, les autres le jettent directement à la poubelle, les uns et les autres ne le lisant jamais. Ce document est produit par Albert. Albert est au sous-sol de l'hôpital. Dans son bureau, Albert est seul et dispose d'un ordinateur puissant et de quatre armoires remplies de dossiers.

Un jour, on a demandé à Albert de produire un rapport exhaustif contenant les données disponibles sur l'établissement, pour une Commission Médicale d'Établissement. Couvert par un ordre venu d'en haut, Albert a alors sorti le grand jeu : collecte des données, élaboration d'un programme, mise sur ordinateur, procédure de contrôle. Depuis, Albert produit cette information chaque mois car personne n'a pensé à lui dire qu'il pouvait arrêter. Ainsi, Albert consacre le plus clair de son temps de travail à mettre à jour et vérifier scrupuleusement un monceau de renseignements que personne n'utilise. Ceci sans jamais s'inquiéter de l'usage fait de son travail, et le plus étonnant est qu'il ne veut pas savoir. Albert a sa conscience pour lui.

Cette présentation est caricaturale, mais chaque hôpital a son Albert. On parle beaucoup de cloisonnement dans les hôpitaux. Ce n'est ni une mode, ni un lieu commun. Les cloisonnements sont physiques (locaux fermés et séparés) et humains (formations distinctes avec des cursus qui conduisent à ne jamais se rencontrer) et s'entretiennent parce que la plupart du temps, rien ne fait que les barrières de communication tombent, et parce que certains acteurs n'ont pas forcément envie que ces barrières tombent. Monsieur F., Directeur de l'hôpital V, après deux ans de travail en commun sur l'élaboration du projet d'établissement a fait comme premier bilan des travaux réalisés auxquels le GRAPHOS a participé : « Votre intervention a eu comme effet bénéfique de nous mettre en communication les uns avec les autres par le biais de réunions régulières médecins-surveillantes-administratifs ».

Produire de l'information ne suffit pas, encore faut-il qu'elle soit utilisée. Produire de l'information ne signifie pas gérer l'information. L'information diffusée doit être ciblée et hiérarchisée selon les objectifs et les comportements des acteurs. Nous présentons dans ce chapitre les informations collectées et mises en forme afin de bâtir un diagnostic partagé par tous les acteurs de l'organisation. Un premier élément de la performance est la capacité de l'organisation à faire partager à l'ensemble de ses membres les enjeux du projet. Un deuxième élément est la capacité de l'organisation à « *fédérer ses membres*

autour d'une vision partagée de l'activité[378] *»*. Autrement dit, le diagnostic n'est pas une science exacte, et l'interprétation des informations peut différer d'un acteur à l'autre. Par conséquent, la phase de diagnostic revêt un caractère essentiel dans l'intégration des acteurs dans la démarche de construction de performance.

Il existe une profusion d'indicateurs utilisés pour évaluer le système de santé et juger de son activité et de son impact sur la santé de la population. De nombreux indicateurs sont couramment utilisés par divers organismes, pour évaluer le système et aiguiller la décision. Indicateurs de santé publique, indicateurs démographiques, indicateurs épidémiologiques, indicateurs de moyens mobilisés, indicateurs de cas traités sont produits, et utilisés de manière plus ou moins *formelle*, de manière plus ou moins *institutionnelle*, de manière plus ou moins *scientifique*, de manière plus ou moins *homogène* pour éclairer la décision et les actions qui en découlent. Ces indicateurs sont issus de systèmes d'information plus ou moins obscurs, plus ou moins secrets, plus ou moins redondants, plus ou moins lisibles, plus ou moins accessibles, plus ou moins intelligibles. Car, à chaque nouveau besoin d'information, la réponse donnée a été la création d'un système d'information supplémentaire, phénomène dont H. Simon[379] nous donne une illustration : *« Le département d'État américain, se noyant dans une rivière de mots estimée à 15 millions par mois en provenance de, ou dirigée vers, 278 postes diplomatiques, se tourne vers l'informatique. On procède actuellement aux essais finaux d'un système d'ordinateurs, d'imprimantes rapides et d'autres matériels électroniques d'une valeur totale de 3,5 millions de dollars. Les responsables affirment que ce matériel va éliminer les goulets d'étranglements dans le système, surtout lors des crises, quand des torrents de messages affluent des endroits troublés du monde. Lorsque le nouveau système sera complètement opérationnel, les ordinateurs seront capables d'absorber les messages à un rythme de 1200 lignes à la minute. Les anciens télex ne peuvent recevoir les messages qu'à un rythme de 100 mots à la minute* ». Simon conclut : *« une foi touchante ! comme si ajouter de l'eau pouvait éviter la noyade ! Espérons que les ministres des affaires étrangères ne se sentiront pas obligés de lire ces 1200 lignes à la minute uniquement parce qu'elles existent »*.

Ce phénomène de surproduction d'information est caractéristique de l'organisation hospitalière. *« Chaque acteur a construit son système d'information en fonction de ses besoins locaux, chaque système ne communique que très peu avec les autres et même si le patient est la première préoccupation des acteurs, les systèmes d'information se sont d'abord construits autour des acteurs plutôt qu'autour des patients »*[380]

L'information existe, mais n'est pas mise en cohérence pour lui donner du sens. Ainsi chaque système est pris séparément et donne lieu à des analyses distinctes là où il faut

[378] Claveranne J.-P., Pascal C., *Relire les systèmes de santé par les activités et les processus : l'expérimentation de Morancé au service d'une relecture de l'hôpital*, Editions CRAM Rhône-Alpes, 1997, 136p.

[379] Simon H.A., « The Future of Information Processing Technology », *Management Science*, 1968, pp. 619-624.

[380] Dufey H., « L'interopérabilité des systèmes dans l'offre du marché : les attentes des utilisateurs », *Actes de la journée annuelle des adhérents du GMSIH*, 4 juillet 2001.

réunir chaque type d'information pour définir les orientations de l'activité. Cette mise en perspective des informations, les unes avec les autres, est la condition *sine qua non* de la construction de la performance avec l'ensemble des acteurs. Cette mise en perspective est la condition de la hiérarchisation des dimensions de la performance dans l'espace et dans le temps, et de la définition d'un référentiel d'action commun à l'ensemble des acteurs de l'établissement. Cette mise en perspective est à la base de la réflexion sur le *pourquoi*, c'est-à-dire sur le sens de l'activité, et de la recherche d'une remise en cause de la situation. Sans cette mise en perspective, on ne peut engager les acteurs dans une démarche de remise en cause de leurs avantages, pour un futur incertain.

Aujourd'hui, ce n'est pas l'information qui manque, mais la capacité des acteurs à la mobiliser pour la prise de décision. Sous réserve de leur disponibilité, les informations nécessaires à la réflexion stratégique existent. Les Observatoires Régionaux et Nationaux de Santé renseignent sur les données épidémiologiques présentes et futures, les Statistiques Annuelles d'Établissement renseignent sur les équipements et les ressources humaines, ainsi que sur les grands agrégats de l'activité (journées, entrées). Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information et l'analyse qui en est faite par la DRESS renseignent sur le type de prise en charge réalisées dans les établissements de soins, sur les budgets alloués et sur les coûts relatifs des différents établissements. Les établissements en interne ont tous des informations sur la provenance géographique et les caractéristiques de leurs patients, du fait des saisies informatiques réalisées dès l'accueil.

Pour l'ensemble des établissements, le diagnostic a porté sur :

- Les orientations définies par la région, afin d'inscrire la réflexion dans le cadre de la performance verticale.
- La situation de l'établissement dans son environnement local, afin de réaliser une analyse concurrentielle : caractéristiques des patients, menaces et opportunités, relations avec les autres établissements.
- L'établissement lui-même, afin de dégager ses forces et les faiblesses.

Nous présentons dans le tableau suivant les informations collectées et les différentes sources d'information mobilisées.

Tableau 32 : Informations collectées pour le diagnostic

Informations collectées	Sources de l'information
Portrait régional	
Données sociodémographiques actuelles et prévisionnelles	Fiche profil de l'INSEE
Données sur l'état de santé de la population	FNORS
Données sur les objectifs et sur le degré d'autosuffisance de la région	SROS et carte sanitaire Guide de mise en œuvre du SROS
Consommation, production	SAE et PMSI
Effectifs médicaux totaux	SAE
Données sur les ressources financières et la performance économique de la région	PMSI
Information sur la gamme des services disponibles	PMSI
Information sur les problèmes d'accessibilité	SROS
Portrait local	
Informations sur les établissements concurrents	PMSI, SAE, Diane
Appréciation des coopérations et réseaux existants	Rapport annuel sur les restructurations (DHOS)
Informations sur les particularités de la population locale	Fiches profil de l'INSEE, Rapports ORS
Portrait de l'établissement	
Caractéristiques de la clientèle: CSP, provenance géographique et âge	Documents internes à l'établissement
Admissions	Logiciels administratifs
Taux d'hospitalisation	PMSI
Activités ambulatoires	PMSI
Case-mix	PMSI
Production de points ISA	PMSI
Ressources financières	Comptes administratifs
Evolution de la trésorerie	Comptes administratifs
Les ressources humaines salariées	Documents propres à l'établissement
Etat des installations et équipements	Documents propres à l'établissement
Niveau d'utilisation des ressources communes	Documents propres à l'établissement

Les fiches profil de l'INSEE comprennent les données au niveau national, régional ou par commune sur : les revenus moyens de la population et la fiscalité, la pyramide des âges et l'évolution de la population avec la structure par âge, le nombre de naissance et de décès, la scolarisation, les catégories socioprofessionnelles de la population et des indicateurs de conditions de vie tels que la consommation d'électricité et le paiement de taxes d'habitation.

Les données concernant l'état de santé de la population sont collectées et diffusées par les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS). L'objectif des Observatoires Régionaux de Santé est d'améliorer l'information sur l'état de santé de la population et sur les besoins des populations régionales, dans le cadre d'une mission d'aide à la décision[381]. Ils contribuent ainsi à mettre à disposition des informations sur la santé, en recherchant les données disponibles, en les validant, en les analysant et en les diffusant, afin de permettre leur prise en compte dans l'élaboration des choix des décideurs[382].

[381] Cordier H., *Recensement des données statistiques nationales et régionales*, document interne Graphos, 2000.
[382] http://www.ors-rhone-alpes.org/

Les documents de synthèse financiers des établissements privés peuvent être obtenu à partir du CD-Rom Diane, cependant difficilement accessible. En ce qui concerne les coopérations et réseaux, la DHOS publie chaque année depuis 1999 un rapport sur les restructurations, coopérations et réseaux des établissements de soins.

La phase exploratoire a rencontré plusieurs types de difficultés :

- L'obtention des informations externes aux établissements a été très compliquée et parfois n'a pas été possible. Les informations financières concernant les cliniques commerciales n'ont parfois pas pu être obtenues car non déposées. Les vagues de restructurations du privé sont caractérisées par des rachats de cliniques par des groupes industriels et par conséquent leurs données financières revêtent un caractère de confidentialité stratégique. De plus, les SAE de la région, version détaillée, sont compilées sur un CD-Rom par la DRASS, qui reste cependant extrêmement difficile à obtenir.

- Les professionnels ne se reconnaissaient pas dans les bases de données externes du PMSI : les bases de données PMSI accessibles publiquement sont des bases de données agrégées qui ne reflètent pas, selon les professionnels, la réalité de leur activité. Les médecins, notamment, ont une connaissance des particularités de l'activité des autres établissements environnements, de par leurs réseaux de connaissance (constitués dès la faculté, puis dans leur vie professionnelle et privée). Ils savent, en moyenne, quels sont les actes réalisés, dans quel établissement et par qui, informations que le PMSI ne permet pas de définir précisément.

- En interne, les responsables des systèmes médicaux d'information sont capables de retraiter et de finaliser tout type d'information, mais la difficulté a résidé dans le fait que l'information n'est pas correctement saisie à la base, ou n'est pas saisie du tout. Par exemple, les coopérations entre établissements ne font l'objet d'aucun document écrit, de même, la cotation des actes est négligée.

- En interne encore, bon nombre d'informations sont aussi difficiles à obtenir. L'activité détaillée du bloc opératoire, par exemple, n'a pu être obtenue. Il y a beaucoup de sujets sensibles dans les établissements, qui donnent lieu à une dissimulation de l'information correspondante. Notamment l'information concernant les heures de travail des uns et des autres : tout le monde se protège, tout le monde se ménage.

Nous avons donc travaillé pas à pas : tout d'abord avec l'information accessible facilement, ce qui a conduit les acteurs à chercher eux-mêmes l'information pertinente, pour décrire leur activité. L'intérêt de la démarche, pour les acteurs, les a conduit à diffuser toute l'information détenue et à soulever le voile des problèmes « épineux » et sensibles. Ceci nous a pris beaucoup de temps, et a nécessité de nombreux allers et retours entre les informations et les orientations du projet, chaque nouvelle information remettant en cause le raisonnement et l'argumentation du projet.

2. LE CAS V : RESSOURCES ET PROCESSUS A AMELIORER

« La réputation de l'hôpital V n'est pas très bonne dans le secteur hospitalier » : voici toute l'analyse de l'activité de l'hôpital dont nous disposions au départ. Le ressenti du personnel vis-à-vis de l'activité était plutôt négatif et une sorte de découragement endémique complétait l'impression générale de l'ensemble des professionnels. La première étape a consisté dans la collecte de toutes les informations pour représenter la situation de l'hôpital V selon différents critères d'appréciation.

Le comité de pilotage du projet a tenu plusieurs séances concernant le diagnostic de l'hôpital pour définir le diagnostic « définitif » retenu. En effet, les informations peuvent aboutir à des diagnostics contradictoires et par conséquent, il a fallu compléter les données quantitatives par des réunions de travail avec les professionnels.

2.1. ANALYSE CONCURRENTIELLE

Nous avons analysé l'activité de CHV comparativement à la clinique privée, concurrente directe par sa localisation géographique et par ses activités du CHV, et comparativement à des établissements publics présentant des caractéristiques similaires en termes de taille, et de recrutement de patients. Ceci afin de situer le CHV par rapport à sa concurrence directe et d'analyser ses résultats par rapport à des établissements similaires.

Pour cette analyse, nous avons recueilli les données issues des SAE et les données issues du PMSI. Les données issues des SAE ont été réparties en quatre catégories majeures : les activités de médecine, les activités de chirurgie, les activités de gynécologie-obstétrique et les urgences. Nous avons mis en perspective les données concernant l'activité avec les données concernant les ressources humaines pour calculer des *ratios de productivité*.

Une difficulté majeure rencontrée est la non-homogénéité du contenu des champs renseignés dans les SAE et le PMSI selon le mode de financement des établissements et le statut des personnels. Dans les établissements publics et PSPH, le financement est réalisé par dotation globale et les personnels sont tous salariés de l'établissement. Dans les établissements privés à but lucratif, le financement se fait à l'acte et les praticiens exercent en activité libérale.

Les trois tableaux suivants présentent les informations retenues pour les activités de médecine. La clinique n'ayant pas d'activité de médecine, elle ne figure pas dans ces tableaux.

Tableau 33 : Analyse comparative des activités de médecine entre établissements concurrents et/ou analogues

	CHV	CH1	CH2	CH2	CH3	CH4	Moyennes
Lits	186	105	266	142	198	174	161,0
Entrées	9 601	5 727	11 683	7 340	8 690	10 485	8 368,6
Journées	53 463	36 397	72 993	40 678	62 378	58 112	50 205,6
Journées théoriques*	53 463	31 891	65 057	40 873	48 390	58 386	46 600,4
DMS	5,6	6,4	6,2	5,5	7,2	5,5	6,0
TOC en %	85,3	95,0	75,2	78,5	90,9	94,3	88,8
Consultations externes	8 667	1 618	14 056	7 673	14 445	9 671	8 414,8
Nb interventions	1 163	949	545	217	0	1 776	821,0
Malades hospitalisés	*1 163*	*949*	*545*	*217*		*1 494*	764,6
Malades ambulatoires ou hospit. partielle						*282*	56,4
K exploratoires	77 316	63 344	41 630	16 743	0	94 964	70 473,4
Malades hospitalisés	*77 316*	*63 344*	*41 630*	*16 743*		*74 640*	66 408,6
Malades ambulatoires ou hospit. partielle						*20 324*	4 064,8
K anesthésie et réanimation	31 416	13 315	12 193	7 672	0	17 135	13 907,6
Malades hospitalisés	*31 416*	*13 315*	*12 193*	*7 672*		*13 537*	13 188,0
Malades ambulatoires ou hospit. partielle						*3 598*	719,6
Nbre de K/entrée	11,32	14,6	4,6	3,3	0	10,69	10,08

** le nombre de journées théorique correspond au nombre de journées qui seraient réalisées si la DMS de l'établissement était identique à celle du CHV*

	CHV	CH1	CH2	CH2	CH3	CH4	Moyennes
Consultations externes/entrées	0,9	0,3	1,2	1,0	1,7	0,9	1,0
Consultations externes/médecin	426,1	179,8	741,7	618,8	625,3	403,0	450,6
Consultations externes/personnel administratif	753,7	462,3	9 370,7	1 073,1	1 028,1	755,5	814,5
Lits/médecin	9,1	11,7	14,0	11,5	8,6	7,3	9,6
Journées/médecin	2 628,5	4 044,1	3 851,9	3 280,5	2 700,3	2 421,3	3 014,9
Entrées/médecin	472,0	636,3	616,5	591,9	376,2	436,9	502,7
Journées théoriques/médecin	2 628,5	3 543,4	3 433,1	3 296,2	2 094,8	2 432,7	2 799,1
Lits/IDE	2,4	1,9	2,9	2,2	2,6	2,0	2,2
Journées/IDE	689,4	643,6	793,0	640,1	807,5	681,3	692,4
Entrées/IDE	123,8	101,3	126,9	115,5	112,5	122,9	115,2
Journées théoriques/IDE	689,4	563,9	706,8	643,2	626,4	684,5	641,5
Lits/Aide Soignant (AS)	2,8	3,1	3,3	2,2	2,4	2,1	2,5
Journées/AS	791,5	1 070,5	907,9	636,1	753,8	701,8	790,7
Entrées/AS	142,1	168,4	145,3	114,8	105,0	126,6	131,4
Journées théoriques/AS	791,5	938,0	809,2	639,1	584,8	705,1	731,7
Lits/cadres	28,2	26,3	40,9	36,4	28,3	19,8	27,8
Journées/cadre	8 100,5	9 099,3	11 229,7	10 430,3	8 911,1	6 603,6	8 628,9
Entrées/Cadre	1 454,7	1 431,8	1 797,4	1 882,1	1 241,4	1 191,5	1 440,3

La Durée Moyenne de Séjour pour des hospitalisations de médecine est légèrement inférieure à la moyenne des établissements de l'échantillon. Le nombre total de K réalisé en exploration fonctionnelle et en anesthésie réanimation est sensiblement supérieur à la moyenne, ce qui traduit une orientation médicale vers des activités plus techniques.

Le CHV pour l'activité de médecine est un peu au-dessous de la moyenne des établissements de l'échantillon retenu en termes de consultations externes par médecin et par personnel administratif. En ce qui concerne les ratios de personnel médical, il apparaît que le CHV est relativement bien doté en personnel médical, ceci est le corollaire d'une activité de médecine technique, avec une durée moyenne de séjour plus courte. Il se situe dans la moyenne en ce qui concerne les personnels soignants et les personnels d'encadrement.

Tableau 34 : Analyse comparative des activités de chirurgie entre établissements concurrents et/ou analogues

	CHV	Clinique	CH1	CH2	CH3	CH4	Moyennes
Lits	66	108	67	97	62	140	80
Entrées	3 139	7 802	4 582	3 934	3 043	5 270	4 500
Journées	18 501	38 378	19 553	22 833	14 647	30 878	22 782
Journées théoriques*	18 501	45 984	27 006	23 211	17 954	31 093	26 531
DMS	5,9	4,9	4,3	5,8	4,8	5,9	5
TOC	85	84	80	68	72	65	78
Consultations externes	9 763	795**	11 966	10 995	15 723	16 357	9 848
Nb interventions	2 114	8 613	3 744	3 120	2 990	5 621	4 116
Malades hospitalisés	*2 114*	*7 807*	*3 744*	*3 120*	*2 990*	*5 199*	*3 955*
Malades ambulatoires ou hospit. partielle		*806*				*422*	*161*
K chirurgicaux	185 501	792 953	260 485	243 041	227 043	360 704	341 805
Malades hospitalisés	*185 501*	*761 646*	*260 485*	*243 041*	*227 043*	*344 238*	*335 543*
Malades ambulatoires ou hospit. partielle		*31 307*				*16 466*	*6 261*
K anesth. et réa	87 623	401 134	123 035	111 367	135 350	174 499	171 702
Malades hospitalisés	*87 623*	*377 163*	*123 035*	*111 367*	*135 350*	*164 184*	*166 908*
Malades ambulatoires ou hospit. partielle		*23 971*				*10 315*	*4 794*

** le nombre de journées théorique correspond au nombre de journées qui seraient réalisées si la DMS de l'établissement était identique à celle du CHV*

*** chirurgie ambulatoire*

	CHV	Clinique	CH1	CH2	CH3	CH4	Moyennes
Consultations externes/entrées	3,1	0,1**	2,6		5,2	3,1	2,8
Consultations externes/médecin	1 015,9	79,5**	1 534,1	872,6	1 572,3	1 904,2	1 014,9
Consultations/personnel administratif	1 562,1		6 647,8	2 748,8	2 938,9	2 497,3	3 474,4
Nb KC/nb interventions	87,7	92,1	69,6	77,9	75,9	64,2	80,6
Lits/médecin	6,9	10,8	8,6	7,7	6,2	16,3	8,0
Journées/médecin	1 925,2	3 837,8	2 506,8	1 812,1	1 464,7	3 594,6	2 309,3
Entrées/médecin	326,6	780,2	587,4	312,2	304,3	613,5	462,2
Journées théoriques/médecin	1 925,2	4 598,4	3 462,3	1 842,1	1 795,4	3 619,7	2 724,7
Lits/IDE	2,1	2,5	3,8	2,4	2,3	2,3	2,6
Journées/IDE	592,0	899,0	1 111,0	570,1	547,6	511,2	743,9
Entrées/IDE	100,4	182,8	260,3	98,2	113,8	87,3	151,1
Journées théoriques/IDE	592,0	1 077,2	1 534,4	579,5	671,2	514,8	890,9
Lits/AS	2,7	2,7	4,1	3,1	2,8	2,5	3,1
Journées/AS	755,1	942,5	1 199,6	724,9	665,8	558,9	857,6
Entrées/AS	128,1	191,6	281,1	124,9	138,3	95,4	172,8
Journées théoriques/AS	755,1	1 129,3	1 656,8	736,8	816,1	562,8	1 018,8
Lits/cadres	23,6	36,0	33,5	32,3	31,0	23,3	31,3
Journées/cadre	6 607,5	12 792,7	9 776,5	7 611,0	7 323,5	5 146,3	8 822,2
Entrées/Cadre	1 121,1	2 600,7	2 291,0	1 311,3	1 521,5	878,3	1 769,1

Le nombre de KC par intervention est plus faible au CHV qu'à la clinique et un peu plus élevé que pour les autres établissements de l'échantillon. Globalement, il apparaît que les actes chirurgicaux réalisés à la clinique sont mieux côtés, donc en théorie plus lourds, que ceux réalisé au CHV. Cependant, la cotation des KC à la clinique contient les K anesthésiques, ce qui explique ce phénomène. Ceci soulève le problème de l'homogénéité des données SAE. En effet, aucun contrôle n'est réalisé sur les modalités de remplissage des questionnaires par les différents établissements. Ici, la clinique semble réaliser des actes chirurgicaux plus lourds, mais ceci est dû aux modalités de remplissage des SAE, qui sont différentes.

Les productivités par praticiens et par soignants sont relativement plus faibles que la moyenne. Contrairement à ce que pense le personnel de l'hôpital V, celui-ci est relativement bien doté en personnel par rapport aux autres établissements de l'échantillon.

Tableau 35 : Analyse comparative des activités de gynécologie obstétrique entre établissements concurrents et/ou analogues

	CHV	Clinique	CH5	CH6	CH2	Moyennes
Lits	44	15	51	54	30	38,8
Entrées	2 277	1 329	2 263	2 436	1 755	2 012,0
Journées	10 587	7 159	12 065	12 912	7 891	10 122,8
Accouchements	863	952	1 678	996	974	1 092,6
DMS obst	4,65	4,68	5,33	5,30	4,05	4,80
TOC obst	71	115	65	69	72	78,2
Consultations externes	9 674	0	12 528	8 347	8 994	7 908,6
Nb interventions	1 705	593	340	1 018	729	877,0
K chirurgicaux	103 732	36 815	96 305	69 508	47 304	70 732,8
K anesth. et réa	42 100	18 488	27 470	19 312	20 743	25 622,6

	CHV	Clinique	CH5	CH6	CH2	Moyennes
Consultations externes/entrées	4,2		5,5	3,4	5,1	4,6
Consultations /médecin	2 764,0		3 385,9	2 782,3	1 998,7	2 732,7
Consultations/personnel administratif	3 224,7		6 960,0	2 061,0	3 212,1	3 864,4
Lits/médecin	12,6	5,0	13,8	18,0	6,7	11,2
Journées/médecin	3 024,9	2 386,3	3 260,8	4 304,0	1 753,6	2 945,9
Entrées/médecin	650,6	443,0	611,6	812,0	390,0	581,4
Lits /sage-femme	3,1	2,3	6,0	3,3	2,3	3,4
Journées/sage-femme	756,2	1 081,4	1 419,4	782,5	600,1	927,9
Entrées/sage-femme	162,6	200,8	266,2	147,6	133,5	182,1
Lits/IDE	44,0			6,6	6,1	18,9
Journées/IDE	10 587,0			1 588,2	1 610,4	4 595,2
Entrées/IDE	2 277,0			299,6	358,2	978,3
Lits/AS	1,9	1,9	3,1	1,9	2,1	2,2
Journées/AS	450,5	910,8	744,8	445,2	540,5	618,4
Entrées/AS	96,9	169,1	139,7	84,0	120,2	122,0

L'activité de gynécologie-obstétrique est importante au CHV. Le nombre d'interventions en gynécologie est largement supérieur à celui de la clinique. Ceci traduit le fait que la clinique réalise surtout de l'obstétrique alors que le CHV fait beaucoup d'actes de gynécologie. La DMS est sensiblement plus faible au CHV que dans les autres établissements, hormis le CH2. Son taux d'occupation de 71 % est lui aussi supérieur aux autres établissements, hormis la clinique. Il est d'ailleurs étonnant de constater que le taux d'occupation des lits de la clinique est supérieur à 100 %. Ceci signifie que la clinique comptabilise les jours d'entrée et les jours de sortie des patients, et compte alors deux journées réalisées pour un même lit ces jours-là.

Les ratios d'activité par médecin sont supérieurs à la moyenne ainsi qu'à ceux de la clinique. Il faut savoir que le chef de service de gynécologie obstétrique a bonne réputation et réalise une activité importante. Le service apparaît comme relativement bien doté en sages-femmes par rapport à la clinique. Globalement, le secteur privé à but

lucratif est moins doté en personnel et notamment en sages-femmes qui « accouchent » moins dans le privé du fait des honoraires des médecins à l'acte.

Le ratio de productivité des IDE n'a pas une grande signification ici car les IDE ne prennent en charge que la partie gynécologie du service. Il faudrait alors connaître la proportion respective d'entrées et de journées en gynécologie et en obstétrique, information que ne nous donnent pas les SAE.

Tableau 36 : Analyse comparative de l'activité des services d'urgences d'établissements concurrents et/ou analogues

	CHV	Clinique	CH1	CH5	CH6	CH2	Moyenne
Passages	31 071	17 937	23 715	24 546	31 406	29 395	26 871
non hospitalisés	17 494	16 485	14 090	13 346	20 362	16 804	16 898
hospitalisation complète	3 549	1 335	6 387	9 484	10 770	2 336	5 495
Consultations	2 240	14 338				1 400	3 596

	CHV	Clinique	CH1	CH5	CH6	CH2	Moyenne
Consultations /passage	7,2%	79,9%				4,8%	30,6%
Hospitalisation/passage	11,4%	7,4%	26,9%	38,6%	34,3%	7,9%	19,9%
Passages/personnel administratif	15535,5		2258,6	4462,9	2672,9		7 557,1
Passages/méd. + internes	3046,2		1395,0	2211,4	1554,8	2099,6	2 228,0
Passages/IDE	2345,0		948,6	1363,7	1427,5	1300,7	1 609,2
Passages/AS	4569,3		2635,0	5454,7	3694,8	2608,3	4 081,8
Passages/Cadre			11857,5	24546,0	15703,0	14697,5	18 315,5

Le nombre de passages aux urgences est élevé au CHV, avec un taux d'hospitalisation de 11,4 % qui est sensiblement inférieur aux taux des établissements publics de l'échantillon. En revanche, la clinique affiche un taux d'hospitalisation faible et un nombre de consultations élevé. L'activité d'urgence de la clinique consiste donc en des consultations médicales analogues à des consultations de ville. Ceci soulève aujourd'hui le problème de « l'embolisation » des services d'urgences par des patients qui requièrent une simple consultation médicale de généraliste, et qui se rendent aux urgences parce que, d'une part, les médecins de ville n'assurent plus les gardes la nuit et le week-end, et d'autre part, parce que c'est plus pratique d'aller aux urgences et d'attendre une heure pour avoir une consultation et les examens nécessaires, que de prendre plusieurs rendez-vous : un chez le médecin de ville, l'autre au cabinet de radiologie, le troisième au laboratoire d'analyse. Ainsi, la proportion d'hospitalisation des services d'urgences tend globalement à diminuer. Le taux d'hospitalisation du CHV n'est pas très élevé car les cas graves se dirigent ou sont orientés directement vers le CHU, qui, rappelons-le, ne se situe qu'à une vingtaine de minutes du CHV quand la circulation routière est fluide.

Les ratios de personnel montrent que le service des urgences est relativement peu doté en personnel. Cependant, là encore, le remplissage des questionnaires SAE concernant le personnel des urgences ne répond pas à des normes standards. Par conséquent, certains

établissements n'affectent aucun personnel aux urgences, quand d'autres en affectent beaucoup.

Globalement, les informations issues des SAE donnent une image du CHV comme un établissement avec une médecine plus technique que les autres établissements de l'échantillon, des services de gynécologie-obstétrique et d'urgences relativement productifs, et une activité de chirurgie un peu faible.

Pour affiner cette analyse, nous avons alors interrogé les données issues du PMSI. Dans un premier temps, nous avons comparé l'activité réalisée à partir des CMD (Catégories Majeures de Diagnostic) entre le CHV et la clinique. Ceci nous donne une image plus fine du type de prise en charge réalisé dans ces établissements. Dans un deuxième temps, nous avons comparé les résultats financiers de notre échantillon d'établissements à partir de la production de points ISA et des données budgétaires.

Tableau 37 : Nombre de RSA par CMD

CMD	Libellé de la catégorie majeure de diagnostic	Nombre de RSA			Part du CHV
		CHV	Clinique	Total	
1	Affections du système nerveux	1316	196	1512	87%
2	Affections de l'œil	26	580	606	4%
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	424	1617	2041	21%
4	Affections de l'appareil respiratoire	1385	12	1397	99%
5	Affections de l'appareil circulatoire	1287	465	1752	73%
6	Affections du tube digestif	1604	1143	2747	58%
7	Affections du système hépatho-biliaire et du pancréas	337	194	531	63%
8	Affections et traumatismes appareil musculo-squelettique et tissu	1724	1382	3106	56%
9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	465	294	759	61%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	472	44	516	91%
11	Affections du rein et des voies urinaires	349	584	933	37%
12	Affections de l'appareil génital masculin	49	428	477	10%
13	Affections de l'appareil génital féminin	509	376	885	58%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1387	1023	2410	58%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	951	808	1759	54%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	148	22	170	87%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	257	45	302	85%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	258	19	277	93%
19	Maladies et troubles mentaux	530	1	531	100%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues	175		175	100%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	357	60	417	86%
22	Brûlures	15	2	17	88%
23	Facteurs influençant l'état de santé et autres motifs de recours	576	122	698	83%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	1		1	100%
26	Traumatismes multiples graves	25		25	100%
24	Séjours de moins de 24H	1892	1927	3819	50%
90	Erreurs et séjours inclassables	12		12	100%
Total		**16531**	**11344**	**27875**	59%
24	Séances	430	1121	1551	28%

Le CHV est fortement présent par rapport à la clinique sur la prise en charge des affections du système nerveux, les affections de l'appareil circulatoire et respiratoire, les affections du sang, myéloprolifératives et parasitaires, les troubles mentaux, la prise en charge des addictions et des infections liées au VIH. Ces CMD sont liées à des traitements requérant en moyenne moins d'interventions chirurgicales que les autres et plus de traitements médicaux. C'est pourquoi le CHV y détient une part de marché importante. La clinique a une activité comparativement très forte sur la prise en charge des chirurgies de spécialités : ophtalmologie, et ORL. Les chirurgies de spécialités sont considérées aujourd'hui comme ayant un bon rapport *facturation/coûts* avec une recrudescence de la demande. Ceci conduit les établissements privés à développer ces activités. Ce type d'interventions, relativement bien cotées, a de plus une DMS faible, ce qui explique le nombre important de KC de la clinique. Sur les autres CMD, le CHV et la clinique réalisent sensiblement le même nombre de prises en charge (nous rappelons qu'un RSA correspond à une prise en charge).

Tableau 38 : Résultats financiers en termes de points ISA

	Établissements sous dotation globale (ESDG)					Clinique hors dotation globale
	CHV	CH2	CH1	CH3	Région	
Ressources 1999	245 179 812	219 579 669	164 820 495	238 739 715		76 291 311
Ressources 1998	239 210 667	216 257 077	157 878 441	237 351 554		
Var. dotation en %	2,50	1,54	4,40	0,58	2,42	
Total pts ISA 1999	21 928 299	17 420 585	14 104 160	19 129 448		9 584 336
Total pts ISA 1998	21 520 750	17 970 591	14 267 087	17 896 464		
Var. pts ISA et %	1,89	-3,06	-1,14	6,89	1,77	
Valeur du pt ISA1999	11,18	12,6	11,69	12,48	12,76	7,96
Valeur du pt ISA 1998	11,12	12,03	11,07	13,26	12,68	

La dotation globale du CHV a augmenté plus fortement que le nombre de points ISA réalisés. Par conséquent, la valeur du point ISA a légèrement augmenté entre 1998 et 1999. Le CHV se situe cependant encore largement en dessous de la moyenne régionale des établissements sous dotation globale. Ceci signifie que, en théorie, le CHV est sous doté.

Les résultats de la clinique sont difficilement comparables car, comme nous l'avons vu dans chapitre III, les calculs de coûts des établissements privés à buts lucratifs et publics reposent sur des conventions sensiblement différentes.

Au regard de l'analyse par les points ISA, le CHV a une bonne activité. À noter également la forte évolution démographique du secteur, qui progresse de plus du double de la moyenne régionale : 11 % sur la période 1990-1999. Les prévisions réalisées par l'INSEE prévoient un maintien de cette progression autour de 13 %.

2.2. ANALYSE DE L'ORGANISATION

La phase exploratoire a mis en évidence le fait que le CHV a un potentiel important, et que, par conséquent, les scénarios possibles pour les cinq ans à venir ne dépendent pas tant des contraintes externes, que de la motivation des acteurs eux-mêmes. Cependant, cette première analyse a aussi mis en évidence de nombreux dysfonctionnements dans l'organisation de l'établissement. Or, définir une stratégie basée sur le maintien d'une activité de court séjour nécessite une révision de l'organisation, pour déterminer les zones d'action possibles et les marges de manœuvre dont dispose l'établissement, afin de s'inscrire dans les priorités régionales.

Nous avons alors mené une réflexion sur l'organisation interne et les difficultés rencontrées par les acteurs. La première étape fut une journée de travail avec l'ensemble des cadres infirmiers de l'établissement, afin de recenser les dysfonctionnements les plus fréquents dans leur travail quotidien, d'en définir les causes et les conséquences sur l'activité. Nous présentons dans les tableaux suivant la synthèse de ceux-ci.

Tableau 39 : Analyse des dysfonctionnements

Dysfonctionnement	Causes	Conséquences
Entrées dans les services en provenance des urgences après 21H	Examens complémentaires demandés par les médecins	Pas suffisamment de personnel disponible pour réaliser les entrées
	Manque de lits en post-urgences	Désorganisation du service.
Les patients arrivent dans les services en provenance des urgences avant la sortie des patients des services	Besoin de dégager rapidement les post-urgences	Les patients attendent dans les couloirs
		Manque de temps pour préparer les chambres.
Certains patients vont au bloc avant qu'on leur ait trouvé un lit. Parfois le service n'est même pas prévenu avant l'arrivée du patient.	Procédures inexistantes du SI pour intégrer les imprévus.	A leur arrivée dans le service il faut leur trouver un lit rapidement, parfois, ils restent dans le couloir quelques temps.
Lorsqu'un patient n'est pas dans le service correspondant à sa pathologie, il n'est pas suivi par le médecin et est parfois même "perdu".	Cloisonnement des spécialités et non déplacement des médecins.	Perte du patient, Examens réalisés avec de très longs délais, voire même pas du tout.
	Les médecins ignorent les autres services et ne tiennent pas compte des contraintes des autres	La surveillante est obligée de rappeler le médecin chaque jour pour qu'il se déplace.
Pas de dossier médical quand un patient est transféré de la réanimation dans un service	Procédures inexistantes du SI	Perte de temps pour retrouver l'information
Relations services-réa : les besoins de mutations dans les deux sens sont toujours pressant, il n'y a aucune anticipation.	Pas d'anticipation, ni d'information réciproque sur l'état de lits et les prévisions possibles	Toujours dans l'urgence pour trouver un lit.
	Il n'y a que 8 lits de réanimation.	Nécessité de changer les patients de lits pour composer avec les priorités de chambre à une place, de pathologies…
Une mutation à l'extérieur d'un patient lourd ventilé et intubé tous les trois jours environ.	Manque de place en réanimation	Prise en charge plus longue avec les risques médicaux que cela engendre.
	Les services gardent des lits le soir pour le lendemain, voire même parfois plus de 24H	
Certains lits sont gardés pour quelques heures pour des traitements de chimiothérapie et de dialyse…	Où les mettre ailleurs ?	Embolisation de lits
Grande part d'arbitraire et d'aléatoire pour trouver un lit ou pour obtenir un rendez-vous pour CS ou examens	Pas de protocoles. Aucune définition de critères précis pour prendre les décisions. Aucun critère de hiérarchisation des priorités	Les prises de rendez-vous ou le placement dans un service dépend des bonnes relations entre ceux qui ont les marges de manœuvre.
	Les secrétaires médicales ne sont sous le contrôle de personne	Les décisions ne se prennent pas dans l'intérêt du malade mais en ménageant le personnel et ses relations.
Les horaires de radio ne sont pas respectés.	Manque de coordination interne du service et de coordination avec les autre services	Inconfort pour les patients.
Les services ne préviennent pas les services médico-techniques ni les CS qu'un rendez-vous est annulé	Procédures inexistantes du SI	Les brancardiers viennent chercher le patient alors qu'il n'est plus là...
		Perte de temps, de ressources.
Parfois, il y a trois rendez-vous pris pour un même examen.	Procédures inexistantes du système d'information	Embolisation des plages horaires.
Les unités de CS de médecine et de spécialités ne donnent jamais de rendez-vous à l'avance, ils préviennent au moment où la CS est possible	Procédures inexistantes	Perturbe l'organisation des services et oblige à "bousculer" les patients
De plus, le patient revient des CS de spécialités et de médecine sans fiche, ce qui fait qu'on ne sait même pas si la CS a eu lieu.		Lenteur
Les courriers provenant des services de médecine sont imprécis et difficultés à obtenir les informations.	Procédures inexistantes	Risques d'erreur, lenteur
Les services ne respectent pas forcément les protocoles de prélèvement pour les examens	Négligence	Risques d'erreur
	Manque de temps	
Difficultés à coder certains actes infirmiers réalisés sur des patients qui viennent des consultations.	Les actes infirmiers n'ont pas de codage propres.	Évaluation de l'activité infirmière erronée.
Il y a une seule assistante sociale pour tout l'hôpital et cela pose des problèmes quand elle est absente.	Rôle et répartition des tâches non définis	Problèmes pour trouver des places de dégagement, prise en charge sociale non optimale.

Les dysfonctionnements relevés concernent :

- La désorganisation réciproque des services entre eux. Les urgences perturbent l'activité programmée des services, les services médicaux perturbent l'activité des services médico-techniques et inversement.
- Le problème de l'information. Les informations concernant les patients circulent mal au sein de l'établissement, ce qui conduit parfois à « perdre » le patient.

- Le manque d'anticipation est prégnant. Tout est fait dans l'urgence.
- Le problème des stratégies des acteurs. Les acteurs s'organisent alors comme ils le peuvent, pour assurer un déroulement correct de l'activité de leur service. Ainsi, les surveillantes des services médicaux ne renseignent-elles pas les urgences sur leurs lits disponibles le week-end, pour garder leur lit vide pour les entrées programmées du lundi. Ainsi, les urgences parfois « mentent » sur les caractéristiques des patients qu'ils envoient dans les services, pour que les services acceptent de les hospitaliser.

Les dysfonctionnements soulevés dans cette section ne sont pas propres à l'hôpital V. Face au défaut de coordination entre les acteurs, défaut inhérent au nombre croissant d'intervenants dans la prise en charge et aux lacunes de réflexions globales sur l'organisation interne de l'hôpital, les acteurs répondent par des stratégies d'évitement et de contournement pour préserver leur service des externalités négatives des autres services. Ainsi, chacun cloisonne un peu plus son service au sein de l'hôpital, dans la vaine tentative de pouvoir améliorer l'organisation interne de son service. Tentative vaine, car les services sont en telle interdépendance qu'ils ne peuvent de toute façon fonctionner indépendamment les uns des autres. On assiste alors à un cercle vicieux de dysfonctionnements organisationnels, auxquels les acteurs s'adaptent plus qu'ils ne les anticipent. Le propre de l'hôpital est de se situer dans une gestion à court terme permanente. Du fait des nombreuses difficultés quotidiennes à résoudre, celui-ci ne peut anticiper les événements à venir, et encore moins se projeter dans des stratégies futures.

2.3. SYNTHESE DU DIAGNOSTIC

La phase exploratoire a permis de montrer aux professionnels que l'activité de l'hôpital n'était pas ce qu'ils supposaient, et que la réputation de l'établissement n'était peut-être fondée que sur des cas exceptionnels qui ont été pris pour des généralités.

Points forts de l'établissement :

- Le CHV n'est pas « la belle au bois dormant » que certains décrivent. Au contraire, les analyses en termes de productivité sont plutôt bonnes ou favorables vis-à-vis de la clinique voisine et vis-à-vis des autres hôpitaux situés à proximité.
- Un système d'information au fort potentiel.
- Le CHV est médicalement sous-doté sur des disciplines pour lesquelles il est en situation de monopole sur le secteur.
- Le service d'urgences semble également sous-doté.
- L'école d'infirmières et les niveaux de rémunération des personnel paramédicaux sont favorables.

Cependant, ces résultats très positifs doivent être nuancés par les difficultés que rencontre l'hôpital et que l'on peut regrouper en 3 catégories :

Difficultés liées à l'augmentation de l'activité, avec en corollaire

- Une augmentation continue des urgences se traduisant par un allongement des durées de prise en charge, par un embouteillage croissant les dimanches et jours fériés,
- Une augmentation continue des consultations,
- La difficulté des services de l'hôpital de conjuguer les flux des urgences et l'activité programmée consécutive à une augmentation des consultations,
- La difficulté également de libérer quotidiennement des lits induite par la difficulté de trouver des places adaptées pour les personnes âgées et les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) malgré l'abondance, voire l'excédent, de lits de SSR sur le secteur sanitaire de l'établissement,
- La suractivité corrélative au niveau du plateau technique, bloc opératoire, radiologie, laboratoire et les explorations fonctionnelles,
- Les tensions dans le personnel malgré les dotations du COM et les protocoles d'urgences,
- L'explosion des Dépenses Médicales et Pharmaceutiques (DMPH) qui contribue au déficit structurel et conduit à des ruptures de trésorerie.

Difficultés liées à un plateau technique exigu, dispersé, vieillissant et conçu pour un hôpital dont l'activité était de l'ordre de la moitié de celle d'aujourd'hui.

Difficulté de mettre en tension en même temps l'ensemble des ressources disponibles.

L'hôpital V est confronté aux difficultés de tous les hôpitaux

- Une mauvaise image dans certains domaines qui rejaillit sur l'ensemble.
- Des goulets d'étranglements constitués par les services médico-techniques : bloc opératoire et radiologie.
- Un système d'information pas assez finalisé.
- Des surveillantes qui maugréent.
- Un corps médical très (trop) individualiste.
- Des passages aux urgences en augmentation de 5 % par an.
- Un grand nombre d'hospitalisations en urgences (50 % de l'activité des services).
- Une absence de lits pour hospitaliser et pourtant des lits de libres.
- Des interrogations sur le bien-fondé de certaines hospitalisations (amont, aval, dedans).

Le diagnostic ainsi établi est accepté par l'ensemble des acteurs de l'établissement. Ceci conduit alors les acteurs à accepter le fait qu'il y a des sources d'amélioration de la performance à rechercher du côté de l'organisation de l'activité quite à revoir profondément cette organisation.

3. LE CAS MC : DES DISCIPLINES TROP COUTEUSES

Le problème du positionnement stratégique de l'établissement MC constitue le levier d'action de la réduction du déficit budgétaire, car toutes les économies de gestion pouvant être réalisées ont été réalisées. La question est alors de parvenir à déterminer quelles sont les activités à maintenir, celles à développer et celles à arrêter.

Pour répondre à cette question, nous avons collecté des informations sur l'activité de l'établissement MC, informations mises en perspective avec un échantillon d'établissements concurrentiels : le CHU, la clinique B et la clinique P. Dans un premier temps, nous avons collecté les informations globales issues des SAE, à partir desquelles nous avons calculé quelques ratios simples de productivité du personnel. Dans un deuxième temps, nous avons affiné l'analyse de l'activité médicale à partir des informations issues du PMSI. Nous n'avons retenu que les informations concernant les activités de chirurgie étant donné que l'établissement MC est un établissement essentiellement chirurgical.

3.1. DIAGNOSTIC A PARTIR DES DONNEES SAE

Nous avons collecté les informations de base disponibles dans la base de données des SAE, ceci afin de comparer l'activité globale des établissements de notre échantillon. Les données SAE nous permettent de connaître le nombre de lits et places autorisés de chacun des établissements, le nombre de journées et le nombre d'entrées réalisées, le nombre de salariés des différentes catégories professionnelles, le nombre d'actes réalisés selon la nomenclature des actes médicaux, ainsi que le nombre de consultations.

Tableau 40 : Chiffres globaux issues des SAE pour l'échantillon d'établissements

Activité globale de chirurgie 1998	MC	CHU	Clinique B	Clinique P	Total	% MC
Lits réanimation	10	71	12		93	11%
Lits chirurgie	199	358	108	99	764	26%
Places ambulatoire		3	11	18	32	0%
TOC Chirurgie	77,3	80,34	67,89	74,84		
Journées hospit. totales	49 184	89 428	31 456	31 156	201 224	24%
Entrées hospit. Totales	9 532	18 769	5 672	6 192	40 165	24%
Chir. Amb., Nb de venues		2 062	7 072	5 623	14 757	0%
Consultations	24 570	86 259	13 210	10 512	134 551	18%
DMS	5,13	4,76	4,81	4,04	5,01	

L'établissement MC détient 26 % des lits de chirurgie et réalise 24 % du nombre de journées et d'entrées en chirurgie, ainsi que 18 % des consultations. L'établissement MC

n'a pas de place en chirurgie ambulatoire et ne réalise *officiellement* pas de prise en charge en ambulatoire (nous verrons avec les données PMSI que certains actes sont cotés en ambulatoire). La clinique a une DMS un peu plus longue que les autres établissements, ce qui est corrélé au fait que le nombre de journées par lit est un peu inférieur que dans les autres établissements. Le nombre de consultations est plus faible que dans les autres établissements. A priori, l'établissement MC est centré sur les actes chirurgicaux, et prend des patients sur ordonnance de médecins de ville, ou d'autres établissements du secteur.

La moyenne des taux d'occupation corrigé (TOC) de la région pour les établissements PSPH est de 73,57 %[383], par conséquent, le TOC de l'établissement MC est relativement élevé, ce qui traduit une bonne utilisation des lits disponibles, donc une potentielle augmentation d'activité chirurgicale limitée.

Tableau 41 : Actes réalisés dans l'échantillon d'établissements (données SAE)

Actes réalisés	MC	CHU	Clinique B	Clinique P	Total	% MC
Nombre intervention hospit. complète	*8 022*	*18 377*	*6 914*	*6 495*	*39 808*	*20%*
Nombre intervention ambulatoire		*1 678*	*7 685*	*5 812*	*15 175*	*0%*
Total interventions	8 022	20 055	14 599	12 307	54 983	15%
Nombre KC hospit. Complète	*905 501*	*1 543 587*	*639 536*	*647 282*	*3 735 906*	*24%*
Nombre KC ambulatoire		*28 590*	*77 669*	*198 036*	*304 295*	*0%*
Total KC	905 501	1 572 177	717 205	845 318	4 040 201	22%
Nombre K exploratoire hospit. Complète	*50 680*	*72 042*	*60 747*	*27 581*	*211 050*	*24%*
Nombre de K exploratoire ambulatoire		*430*	*315 484*	*95 804*	*411 718*	*0%*
Total K exploratoire	50 680	72 472	376 231	123 385	622 768	8%
Nombre K are hospit. Complète	*359 149*	*817 667*	*338 595*	*306 503*	*1 821 914*	*20%*
Nombre de K are ambulatoire		*17 003*	*178 617*	*131 678*	*327 298*	*0%*
Total K are	359 149	834 670	517 212	438 181	2 149 212	17%
Total K	1 315 330	2 479 319	1 610 648	1 406 884	6 812 181	19%

L'établissement MC réalise 20 % des interventions en hospitalisation complète et 15 % du total des hospitalisations. Il réalise 22 % des KC (cotation des actes chirurgicaux) et 17 % des K are (cotation des actes anesthésie et réanimation) avec seulement 8 % de K exploratoires. Il apparaît, à la lumière des deux tableaux précédents, que l'établissement MC est relativement moins productif que les autres établissements de l'échantillon pour un nombre de praticiens de chirurgie par rapport au CHU sensiblement supérieur, comme nous l'indique le tableau suivant (il faut cependant tempérer ceci, car le CHU dispose d'un nombre important d'internes qui contribuent fortement à l'activité de chirurgie). Nous ne pouvons comparer la productivité des praticiens dans les établissements privés, car nous ne disposons pas des temps de travail des praticiens à temps partiel.

[383] DRASS, *Synthèse régionale des données PMSI-MCO-1999 : base régionale Rhône-Alpes 1999*, n° 2000-32-D, décembre 2000, 97p.

Tableau 42 : Effectif personnel non médical

Personnel non médical ETP)	MC	CHU	Clinique B	Clinique P	Total	% MC
Cadres	13,83	19,23	8	3	44	31%
Infirmiers spécialisés	22,33	23,58		22,5	68	33%
IDE	99,43	195,24	64,19	40	399	25%
AS	43,9	123,02	35,18	22,25	224	20%
ASH	42,53	56,35	40,65	26	166	26%
Autres	0,67	2,53			3	21%
Total	222,69	419,95	148,02	113,75	904	25%

La part de MC dans l'effectif non médical total est de 25 %. On constate une forte disparité entre le CHU, dont l'effectif non médical représente presque le double de l'établissement MC, et les cliniques P et B dont l'effectif est très inférieur.

Tableau 43 : Ratios de productivité de l'effectif non médical

Personnel non médical	MC	CHU	Clinique B	Clinique P	Total
Entrées/Cadres	689,2	1083,3	1593,0	3938,3	1246,5
Lits/cadres	15,1	22,3	15,0	33,0	19,5
Jours/IDE	403,9	418,1	600,2	588,5	462,2
Entrées/IDE	78,3	95,2	198,5	189,0	117,5
Jours/AS	1120,4	743,7	1095,2	1653,0	962,7
Entrées/AS	217,1	169,3	362,3	531,0	244,8
Jours/Total	220,9	217,9	260,3	323,3	238,8
Lits/total	0,9	1,0	0,8	0,9	0,9
Entrées/total	42,8	49,6	86,1	103,9	60,7

Globalement, les établissements privés ont des ratios de personnel plus importants que l'établissement MC et le CHU. Le nombre d'entrées et de lits par cadre est beaucoup plus important dans les deux établissements privés hors dotation globale. L'établissement MC est relativement bien doté en personnel d'encadrement et en IDE par rapport au CHU.

Tableau 44 : Ratios de productivité

	MC	CHU	Clinique B	Clinique P	Total
Nombre de K par jour	26,74	27,10	41,80	38,25	31,54
Nombre de K par entrée	137,99	119,02	126,38	119,08	124,03
Nombre de K par intervention	163,97	123,63	110,33	114,32	123,90

Si l'on regarde la productivité en termes de K, on constate que l'établissement MC produit relativement plus de K par entrée et par intervention que les autres établissements de l'échantillon. On peut déduire de ceci que l'activité chirurgicale de l'établissement MC est plus « lourde » que celle des autres établissements.

Les informations issues des SAE révèlent que l'établissement MC est relativement moins productif en termes de personnel, mais qu'en revanche, son activité est sensiblement plus lourde, ce qui expliquerait alors une consommation relative plus grande de ressources humaines et de journées d'hospitalisation.

Les informations SAE ne nous donnant qu'une idée imprécise de la lourdeur relative des actes chirurgicaux réalisés à l'établissement MC, nous avons cherché à préciser ce diagnostic à partir des informations PMSI, qui, par le découpage de l'activité en GHM à partir d'actes classants, donnent une représentation plus fine de l'activité médicale.

3.2. DIAGNOSTIC A PARTIR DES DONNEES PMSI

Nous avons relevé pour chacun des établissements de l'échantillon les 10 premiers GHM réalisés avec leur nombre et le pourcentage qu'ils représentent dans l'ensemble de l'activité de l'établissement.

Tableau 45 : Les 10 premiers GHM de l'échantillon d'établissement

CM		CHU		Clinique B		Clinique P	
Intitulé du GHM	**Nombre de RSA et part dans l'activité totale**	**Intitulé du GHM**	**Nombre de RSA et part dans l'activité totale**	**Intitulé du GHM**	**Nombre de RSA et part dans l'activité totale**	**Intitulé du GHM**	**Nombre de RSA et part dans l'activité totale**
Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres	820 RSA 8,60%	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours en ambulatoire	2342 RSA 4,11%	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif: ambulatoire sans acte chirurgical	3094 RSA 19,30%	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif : ambulatoire sans acte chirurgical	1002 RSA 9,40%
Ligatures de veines et éveinages	640 RSA 6,70%	Nouveaux-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif	1917 RSA 3,36%	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours en ambulatoire	657 RSA 4,10%	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	969 RSA 9,10%
Intervention sur le genou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	600 RSA 6,30%	Accouchements par voie basse sans complication	1537 RSA 2,70%	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies pour une pathologie	547 RSA 3,40%	Ligatures de veines et éveinages	461 RSA 4,30%
Arthroscopies	559 RSA 5,90%	Autres facteurs influant sur l'état de santé	1401 RSA 2,46%	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	436 RSA 2,70%	Libération du canal carpien en ambulatoire	400 RSA 3,80%
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	460 RSA 4,80%	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies pour une pathologie	1278 RSA 2,24%	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies, en ambulatoire	422 RSA 2,60%	Interventions sur la main en ambulatoire	368 RSA 3,50%
Affections du tube digestif : ambulatoire sans actes opératoires	310 RSA 3,20%	Diabète, âge supérieur à 35 ans	978 RSA 1,72%	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	314 RSA 2,00%	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours en ambulatoire	356 RSA 3,30%
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif : ambulatoire sans acte chirurgical	270 RSA 2,80%	Affections du tube digestif: ambulatoire sans acte opératoire	955 RSA 1,68%	Arthroscopies	309 RSA 1,90%	Intervention sur le rachis, âge inférieur à 70 ans sans CMA	293 RSA 2,80%
Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge de 18 à 69 ans sans CMA	214 RSA 2,20%	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif	874 RSA 1,53%	Affections de l'appareil respiratoire : ambulatoire sans acte chirurgical	308 RSA 1,90%	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies, en ambulatoire	278 RSA 2,60%
Troubles vasculaires périphériques, âge supérieur à 69 ans sans CMA	199 RSA 2,10%	Accouchements par voie basse avec complications	805 RSA 1,41%	Intervention diverses sur oreilles nez, gorge, ou cou	298 RSA 1,90%	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins : ambulatoire avec acte opératoire	275 RSA 2,60%
Arthroscopies en ambulatoire	139 RSA 1,50%	Affections du rein et des voies urinaires : ambulatoire sans acte chirurgical	729 RSA 1,28%	Affections du rein et des voies urinaires : ambulatoire sans acte chirurgical	286 RSA 1,80%	Intervention sur le cristallin en ambulatoire	245 RSA 2,30%
Total	4211 RSA 44,10%	Total	12816 RSA 22,49%	Total	6671 RSA 41,60%	Total	4647 RSA 43,70%

Nous constatons à partir de ces informations que l'activité des trois cliniques est plus concentrée que l'activité du CHU. En effet, les 10 premiers GHM constituent un peu plus de 40 % de l'ensemble de l'activité pour ces trois établissements, alors que les dix premiers GHM ne constituent que 22,5 % de l'ensemble des GHM pour le CHU. La clinique B est l'établissement dont l'activité est la plus spécialisée avec un premier GHM correspondant à la prise en charge des « affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif sans acte opératoire » qui représente un cinquième de l'activité totale de l'établissement.

L'établissement MC est concurrencé sur « les ligatures de veines et éveinages » par la clinique P qui réalise 461 RSA pour ce GHM contre 640 pour MC. L'établissement MC est bien placé pour les « arthroscopies » car il réalise au total 698 arthroscopies (139 en ambulatoire et 559 en hospitalisation traditionnelle) contre 309 réalisées par la clinique B. Les « interventions sur le cristallin » sont réalisées pour une grande part à la clinique P. Les « affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif » sont réalisées majoritairement à la clinique B et à la clinique P.

L'établissement MC est relativement bien positionné sur les « interventions majeures sur les articulations et greffes de membres », ainsi que sur les « interventions du genou âge inférieur à 70 ans sans CMA ».

Ces informations nous donnent une représentation des positionnements stratégiques relatifs des différents établissements en termes d'activité chirurgicale, mais ne permettent pas de montrer le poids relatif des actes réalisés, poids qui doit expliquer le différentiel de productivité.

Les GHM, en tant que données agrégées, ne satisfont pas les praticiens de l'établissement MC. Ces données ne leur permettent pas à leur sens de représenter exactement leur activité, d'en montrer les spécificités. En effet, l'activité de cet établissement est une activité notoirement « lourde » et de « première intention » ; deux caractéristiques que ne représente pas l'analyse des GHM. Nous avons alors recherché l'information de base des GHM : actes classants (cf. chapitre II pour une description de la méthodologie d'élaboration du PMSI). L'obtention des actes classants n'a pas été chose aisée car autant les données PMSI sont à présent disponibles sur les sites Internet officiels du PMSI et des ARH, autant l'information de base que constituent les actes classants n'est pas accessible publiquement.

Une fois l'information obtenue, nous avons travaillé avec les chirurgiens sur la signification des ces données et les enseignements que l'on pouvait en tirer, pour établir le diagnostic de l'établissement MC.

Tableau 46 : Extrait des actes classants de l'activité locomoteur

Appareil Locomoteur (extrait des actes classants)				
Echantillon d'actes thérapeutiques	MC	CHU	P	B
Arthroplastie simple de hanche de première intention par prothèse totale	513	155	112	83
Arthroplastie itérative laborieuse de hanche en raison de difficultés d'extraction	3	6	3	7
Arthroplastie itérative par prothèse totale de hanche sur calcul vicieux	4	4		3
Arthroplastie par prothèse totale de hanche avec résection étendue		5		
Arthroplastie itérative par prothèse de hanche avec reconstruction limitée	14	9		3
Ablation simple de prothèse totale de hanche, quelle que soit la cause de l'échec	1	1		1
Arthroplastie itérative par prothèse totale de hanche, quelle que soit la voie d'accès	13	29	7	6
Arthroplastie de hanche par prothèse totale de reprise pour échec d'opération		4	1	
Reconstitution ligamentaire opératoire centrale ou périphérique pour un seul ligament	526	7	18	3
Arthroscopie pour réparation complexe, ligament genou	1	11	1	25
Total de l'activité locomoteur complète	2754	2137	2356	1697

L'établissement MC est bien positionné sur l'activité *locomoteur* puisqu'il réalise plus d'actes que les trois autres établissements. De plus, l'activité *locomoteur* est une activité relativement lourde comme le montre le nombre d'actes correspondant à des « reconstitutions ligamentaires opératoire » et les actes de « prothèse totale de hanche de première intention ». L'activité *locomoteur* de MC est fortement concentrée par rapport aux autres établissements de l'échantillon.

Les praticiens ont jugé ces données fort intéressantes, car représentant les caractéristiques de l'activité des différents établissements. Nous avons, à partir de leurs commentaires, établi des fiches d'analyse stratégique par discipline afin de définir les orientations futures.
Nous donnons ci-dessous six exemples de fiches réalisées.

Fiche 1 : Analyse stratégique de l'activité locomoteur

Appareil Locomoteur
Docteur F

Activité MC

513 prothèses totales de hanche de première intention sont réalisées à l'établissement MC, 155 au CHU, 112 à la clinique P et 83 à la clinique B : soit 60 % des actes réalisés par l'établissement MC. Les données du PMSI ne permettent pas de différencier les prothèses totales de hanche réalisées pour arthrose, et celles réalisées pour fracture.
725 arthroscopies du genou sont faites à l'établissement MC, 200 à la clinique P, 254 à la clinique B et 52 au CHU : soit environ 60 % des actes réalisés par l'établissement MC.
219 prothèses totales du genou sont réalisées à l'établissement MC, 14 à la clinique P, 25 à la clinique B et 18 au CHU : soit 80 % des actes réalisés par l'établissement MC.
526 reconstitutions ligamentaires opératoires sont réalisées à l'établissement MC : soit 95 % du total.
Position confortable de l'établissement MC par rapport au CHU et par rapport au privé sur les quatre activités principales de l'orthopédie : prothèse de hanche et de genou, arthroscopie et ligament.
L'activité orthopédique de l'établissement MC est dominante sur les interventions phares de la discipline.

Coopérations

Il n'existe aucune coopération particulière avec d'autres établissements.

Concurrence

Positionnement en concurrence pure avec le CHU, la cliniques P et B.
Les activités de la clinique P et de l'établissement MC couvrent la totalité de la discipline. La clinique P prend en charge les urgences traumatologiques et la chirurgie de la main et du rachis.

Les perspectives

Développer les spécialités de l'épaule et du rachis pour avoir la gamme complète de l'activité orthopédique à l'établissement MC.
Il paraît impossible d'augmenter l'activité à moyens constants. Un développement éventuel de l'activité d'orthopédie nécessiterait le recrutement d'un praticien supplémentaire.

Fiche 2 : Analyse stratégique de l'activité d'urologie

Urologie
Docteur J

Activité

Prostatectomies totales : 32,3 % réalisées par l'établissement MC (36,9 % pour le CHU et 27,7 % pour la clinique B) pour 65 cas au total en 1999.
Traitement endoscopique tumeur vessie : 23,4 % par l'établissement MC (29,1 % pour le CHU, 10,1 % pour la clinique P et 37,3 % pour la clinique B) sur 495 cas.
Calculs du rein et calculs de l'uretère représentent environ 13 à 14 % de part de marché avec le CHU et la clinique B qui se partagent tout le reste de ces deux activités.
Problème dans la récupération des données : les biopsies de prostates (environ 150/an) et les fibroscopies (environ 500/an) échappent au PMSI car les patients ne sont pas officiellement hospitalisés.

Concurrence

L'activité de la Clinique P est montée en puissance en 1999 (installation d'un nouveau praticien).
Le CHU est bien positionné sur cette activité. Historiquement le CHU a toujours réalisé beaucoup de KC du rein et le service a publié de nombreux travaux à ce sujet.
La clinique B est bien placée pour les interventions sous endoscopies ainsi que sur les interventions sur la vessie. Pour avoir beaucoup de calculs de l'uretère, il faut une garde permanente et des praticiens compétents, qui prennent en charge rapidement toute colique néphrétique. C'est l'avantage qu'a la clinique B en regroupant 3 urologues et une garde urologique permanente.
La LEC est le traitement le plus facilement pratiqué. Par conséquent, l'avantage est à celui qui a le plus souvent la machine. L'établissement MC l'a 5 journées par an, la clinique B, 10 journées par an, et le CHU 24 journées par an.
En urologie, il n'y a pas de sous-spécialisation, chacun fait tout.
Par conséquent, il n'y a pas de spécialisation particulière des établissements présents sur ce secteur. Les profils d'activité sont similaires.

Les perspectives

Il existe un deuxième poste d'urologie à l'établissement MC, mais le recrutement est difficile.
Il y a un gynécologue qui se propose pour un mi-temps.
Envisager de développer un « pôle » urologie-gynécologie : ces activités sont des activités liées. Jouer sur la complémentarité de ces deux activités par le rapprochement de deux gynécologues et de deux urologues. L'incontinence urinaire est un territoire commun à la gynécologie et à l'urologie. Le regroupement est cohérent et complémentaire en termes médicaux.

Les questions qui se posent

Choix stratégique pour l'établissement MC de développement de la prise en charge des pathologies liées au vieillissement de l'homme et de la femme.

Fiche 3 : Analyse stratégique de l'activité de chirurgie vasculaire de la clinique

Chirurgie vasculaire
Docteur P et Docteur F

Activité

Chirurgie artérielle des membres : 289 actes réalisés par l'établissement PSPH, 343 par le CHU, 46 par la clinique P et 154 par la clinique B. Soit 38 % des actes réalisés par l'établissement PSPH.
Chirurgie artérielle à destinée céphalique : 77 actes réalisés par l'établissement PSPH, 220 par le CHU (262-42 : double cotation ?), 65 par la clinique B (106-41 : double cotation ?). Soit 21 % des actes par l'établissement PSPH.
Aorte abdominale et ses branches : 119 actes réalisés par l'établissement PSPH, 151 par le CHU, 55 par la clinique B et 41 par la clinique P. Soit 33 % des actes par l'établissement PSPH.
Chirurgie veineuse : 1142 actes réalisés par l'établissement PSPH, 153 par le CHU, 597 par la clinique B, 987 par la clinique P et 633 par la clinique J. Soit 33 % des actes par l'établissement PSPH.
L'activité vasculaire de l'établissement PSPH est bien positionnée par rapport au CHU et par rapport au privé lucratif, d'autant plus qu'il y a trois praticiens ETP au CHU - un ETP à la clinique P - deux ETP à la clinique B – deux ETP à l'établissement PSPH.
L'établissement PSPH couvre toute la chirurgie artérielle endovasculaire ou conventionnelle, sauf ce qui nécessite une circulation extracorporelle. Il offre une chirurgie artérielle de bon niveau. Les actes réalisés sur l'aorte témoignent d'un bon équipement de base, avec en particulier le seul service de réanimation hors CHU.
A l'heure actuelle, les délais de consultation et d'intervention pour chirurgie veineuse sont de 6 à 12 mois selon les périodes (été hiver). La chirurgie veineuse, facilement différable, est limitée à l'établissement PSPH pour répondre aux besoins en chirurgie artérielle, plus souvent urgente et difficile à reporter mais aussi plus consommatrice de ressources humaines et matérielles.

Coopérations : (elles concernent essentiellement la chirurgie artérielle)
En amont : l'établissement PSPH prend en charge la clientèle des hôpitaux locaux et une part croissante de la clientèle que le CHU ne peut assurer. À signaler à ce sujet le rôle important assuré par ses services d'Angiologie et d'Artériographie de l'établissement PSPH qui autorisent au sein d'un même établissement une approche globale de ces patients artériopathes.
En aval : l'établissement PSPH transfère un bon nombre de ses patients pour convalescence, appareillage ou rééducation au Centre Médical MC (protocole de partenariat envisagé).

Concurrence

Aujourd'hui, l'établissement PSPH est en concurrence au niveau des « veines » avec les établissements privés lucratifs et au niveau des « artères » avec le CHU.
On retrouve le partage classique chirurgie veineuse pour le privé lucratif et chirurgie artérielle pour le non lucratif, du fait d'un rapport coût/bénéfices-contraintes plus favorable à la chirurgie veineuse.

Les perspectives

Pérenniser sur le site de l'établissement PSPH une présence chirurgicale vasculaire permanente, ce qui pourrait nécessiter des accords avec le CHU, et les établissements privés lucratifs.
Pallier les indisponibilités du CHU et développer des coopérations avec les hôpitaux généraux.
Le recrutement d'un troisième praticien à l'établissement PSPH permettrait dans un premier temps de raccourcir les délais de prise en charge veineuse, et dans un second temps d'augmenter l'activité artérielle en fonction des besoins de santé et des moyens alloués. En effet, la chirurgie artérielle est une chirurgie en plein développement. Les techniques sont aujourd'hui fiables, la demande est de plus en plus forte au sein d'une population jeune, exposée à la maladie athéromateuse, ou d'une population âgée, de plus en plus nombreuse tout particulièrement dans notre région.

Fiche 4 : Analyse stratégique de l'activité ORL

ORL
Docteur M

Activité clinique MC

Il semble que la disparité dans les modes de cotation des actes soit très forte entre les différents établissements. Notamment dans la cotation de certains actes correspondant à des gestes associés.
L'activité est importante à la clinique P et à la clinique B mais du fait de la réalisation de petits gestes en grande quantité (Amygdalectomies : 45 à l'établissement MC, 141 à la clinique P, 481 à la clinique B et 59 au CHU)
Les interventions sur la thyroïde réalisées à l'établissement MC représentent 37 % de l'ensemble des actes (125 pour l'établissement MC, 188 pour le CHU). L'activité thyroïdienne est très importante, cette activité est réalisée par trois chirurgiens.
L'activité ORL de l'établissement MC est une activité plus « lourde » que l'activité réalisée dans les établissements privés à but lucratif.
L'unité de lieu consultations/interventions est un point fort de l'activité. De même l'environnement chirurgical qui permet de recourir à d'autres spécialités et notamment les consultations communes avec la cancérologie.
Une des faiblesses actuelles de l'activité ORL de l'établissement MC est inhérente à la discipline qui possède de nombreuses sous-spécialités. Un praticien seul ne peut couvrir toute la spécialité et notamment l'activité d'exploration fonctionnelle.

Coopérations

Les correspondants directs en amont sont les médecins généralistes et quelques ORL médicaux.
Le Docteur M entretient de bons rapports avec le CHU. La clinique P s'est déjà renforcé dans la discipline et ne se positionne pas sur une coopération éventuelle.
Le service ORL de l'établissement MC intervient dans le réseau Oncora du Centre LB.
En aval, les établissements de transfert post chirurgie du larynx sont le Centre DT à Marseille et le centre MO.

Concurrence

CHU : 1 patron, 1 agrégé, 1 assistant chef de clinique, 2 DIS et 3 internes.
Clinique P : 6 praticiens dont 2 qui couvrent tous les actes, un qui couvre tous les actes sauf la cancérologie, et 3 qui réalisent essentiellement des gestes courants.
Clinique B : 3 praticiens qui couvrent tous les actes.
Le privé lucratif réalise un nombre d'actes important mais ce sont des actes plus légers.

Les perspectives

Il est impossible de développer l'activité d'ORL à l'établissement MC à moyens constants.
De nouvelles techniques se développent de plus en plus à l'heure actuelle dans la discipline, mais nécessitent un équipement que n'a pas l'établissement MC (laser par exemple).
Un partenariat est en train de se développer entre le CHU et les établissements privés lucratifs pour mettre en place un système de chirurgie assistée par ordinateur. L'établissement MC est écartée de fait de cette coopération.

Les questions qui se posent

Si l'établissement MC ne veut plus investir en matériel, il serait éventuellement possible d'établir un partenariat avec le CHU dont l'activité est la plus proche de l'activité réalisée et souhaitée par le Docteur M, ceci afin que celui-ci puisse réaliser ses actes avec ses propres patients en utilisant l'équipement du CHU.

Fiche 5 : Analyse stratégique de l'activité d'ophtalmologie

Ophtalmologie
Docteur JN

Activité clinique MC

Les interventions sur le cristallin : 16,3 % de parts de marché pour un seul praticien ce qui confère au Docteur JN le meilleur ratio individuel.
944 interventions pour l'établissement MC,
1111 pour le CHU,
1212 pour la clinique B et
2448 pour la clinique P.

Coopérations

Accord avec le CHU : l'établissement MC ne fait quasiment que des interventions sur le cristallin.
Accords avec les ophtalmologues de ville. Les patients ne sont pris en charge que sur prescription d'un médecin de ville.
Les suivis post-opératoires sont réalisés par les médecins de ville.
Par conséquent, la DMS est plutôt courte et la file d'attente n'est pas trop longue.
Ce système de réseau existe depuis de nombreuses années.

Concurrence

La clinique P et la clinique B sont les concurrents directs de l'établissement MC.
Ces deux établissements ont un profil d'activité similaire. Ils réalisent un peu d'interventions sur la rétine et sur la paupière, mais de manière marginale par rapport aux interventions sur le cristallin.

Les perspectives

Il semble que l'établissement MC veut abandonner l'activité ophtalmologique après le départ du docteur JN (d'ici 5 ans environ). Par conséquent, l'activité n'est pas développée dans l'établissement.
La demande et les capacités de la clinique sont suffisantes pour réaliser 1000 cataractes par an (500 cataractes sont réalisées à l'heure actuelle) mais cela ne fait pas partie de la stratégie globale de l'établissement.
L'activité décline donc du fait d'une perte de « motivation » pour cette activité mais aussi du fait d'un désengagement volontaire d'une clientèle nécessitant un suivi à moyen terme.

Les questions qui se posent

Pourquoi ne pas rester présent sur un marché qui enregistre une très forte progression de la demande à l'heure actuelle mais aussi dans l'avenir ?
Les deux postes budgétés par l'ARH dans le secteur public et assimilé n'ont aucune raison de disparaître du secteur sanitaire correspondant, compte tenu de la demande, des délais de prise en charge et de l'avenir. Si l'établissement se désengage de l'ophtalmologie, il faut alors s'allier avec le CHU pour créer un « institut d'ophtalmologie ».

Fiche 6 : Analyse stratégique de l'activité de chirurgie digestive

Digestif
Docteur H

Activité clinique MC

L'établissement MC est bien placée en chirurgie digestive moyenne à lourde.
Par exemple :
Résection du rectum : 64 à l'établissement MC contre 51 à la clinique B.
Grosse activité de chirurgie lourde au CHU en 1999 mais grande époque du professeur B dans le CHU.
Gestes techniques nouveaux (cœlioscopie)
Position dominante en cure de hernie sous cœlioscopie : 208 pour clinique MC, 121 pour la clinique B, 169 pour la clinique P.
Grosse activité pour vésicule sous cœlioscopie : 238 pour clinique MC, 205 pour CHU, 146 pour la clinique B et 145 pour la clinique P.
Par contre, peu d'appendicectomie (3 fois moins qu'à la clinique B et 4 fois moins qu'à la clinique P). Ceci reflète le recrutement lourd de l'établissement MC en même temps que les problèmes d'hospitalisation en urgence.
La position de l'établissement MC en chirurgie digestive est incontournable par son activité et par ses quatre praticiens (dont un jeune arrivé récemment).

Coopérations

Les chirurgiens des établissements sont schématiquement
Dans la même tranche d'âge
Issus des mêmes facultés
Pratiquant une chirurgie comparable
Par conséquent, le positionnement actuel est en concurrence et non en complémentarité.

Concurrence

CHU : effondrement de l'activité au départ du professeur B mais reprise par le biais des urgences du CHU. « Le colon perforé non pris en charge à l'établissement MC le sera au CHU, quel que soit le chef de service ».
Clinique P : Grosse activité « classique », surtout hernies en 1999. Augmentation d'activité du fait de l'arrivée du Professeur B, difficile à chiffrer.
Clinique B : Activité soutenue en chirurgie digestive moyenne à lourde. Équipe constituée de trois praticiens. Forte concurrence.

Les perspectives

Une absence totale d'urgences mettra à mal la spécialité en quelques années au plus.
Possibilité de conserver l'urgence sur place en respectant le SROS par changement de statut des médecins urgentistes (les remplaçant en libéral ?)
Coopération avec d'autres établissements :
Public : CHU, bien difficile à organiser en ce qui concerne les urgences (urgence chirurgicale pure ? intervention sur plusieurs sites ?)
Privé : difficile du fait des modes de rémunération différents. La manière de soigner est la même, mais la dérive d'activité est réelle.
De plus : à travail égal, salaire égal ?

Les questions qui se posent

Qui fait quoi : passer d'une concurrence à une complémentarité
Dans quelle condition de rémunération : salariat pur actuel, temps partiel, intéressement, autre… ?

Ces fiches nous ont permis de mener une analyse fine de l'activité et de la répartition de celle-ci entre les établissements se situant sur la même zone d'attractivité. Ainsi, on constate pour la chirurgie vasculaire que l'établissement PSPH, qui est un établissement mutualiste, réalise des actes plus lourds correspondants à la chirurgie artérielle alors que le privé lucratif réalise des actes plus légers liés à la chirurgie vénérienne, qui rapporte plus. Les perspectives de développement sont évoquées par les praticiens eux-mêmes. Ils ont une connaissance très forte de l'activité des autres établissements du fait de leurs réseaux de relations personnels . De surcroît, leurs compétences, qu'ils entretiennent par la formation permanente, leur permet d'entrevoir les nouveaux équipements et les nouvelles modalités de prise en charge, éléments ce qui vont constituent un enjeu stratégique dans la nouvelle donne concurrentielle. Ce type d'analyse permet alors d'assurer une forte cohérence structurelle en fournissant l'information aux gestionnaires qui en ont besoin, une information accessible à chacun.

Le facteur principal de reconfiguration étant la contrainte budgétaire, nous avons alors affiné l'analyse par une étude de la rentabilité de chacun des services. La logique de responsabilisation des acteurs et de mise sous tension de l'appareil de production de soins implique de mettre en évidence les contributions opérationnelles de chacun des services. Pour cela, nous avons recherché à définir les contributions et rétributions respectives de chacun des services à l'aide de l'outil PMSI et des points ISA que celui-ci fournit. Nous avons alors, pour chaque service, défini la contribution à la couverture des charges communes à l'ensemble de l'établissement (les charges indirectes).

Nous avons construit des comptes de résultat par service en valorisant les produits à partir de la valeur du point ISA de l'établissement et du nombre de points ISA produits et en affectant les charges directes aux services. Ceci afin de déterminer la marge contributive de chacun des services à l'ensemble des charges indirectes de l'établissement.

Tableau 47 : Marges sur charges directes des services de l'établissement MC

1999	Digestif	Gynéco	Med Phys	OPH	ORL	Ortho	Réa	Uro	Vasc	Total
Nbre de points ISA	4 550 641	501 435	347 977	627 202	305 721	6 192 654	901 195	1 271 067	3 070 359	17 768 251
Valeur Moyenne Régionale	12,76	12,76	12,76	12,76	12,76	12,76	12,76	12,76	12,76	12,76
CA Discipline (ISAx Valeur moy)	**58 066 179**	**6 398 311**	**4 440 187**	**8 003 098**	**3 901 000**	**79 018 265**	**11 499 248**	**16 218 815**	**39 177 781**	**226 722 883**
Dépenses medicales	2 687 043	91 172	610 562	314 974	271 316	3 151 418	3 984 690	898 994	1 242 911	13 253 080
Dépenses personnel	14 891 095	1 556 459	3 658 414	4 265 964	2 333 919	22 914 861	10 559 651	6 713 198	10 526 218	77 419 779
Effectif théorique	*60*	*6*	*15*	*17*	*9*	*92*	*42*	*27*	*42*	*310*
CA/effectif	*974 847*	*1 027 703*	*303 423*	*469 009*	*417 859*	*862 085*	*272 245*	*603 990*	*930 481*	*732 122*
Ch Directes totales	**17 651 589**	**1 647 631**	**4 277 244**	**4 748 776**	**2 639 011**	**26 327 752**	**15 052 399**	**7 675 912**	**11 966 710**	**91 987 024**
marge contributive sur charges directes	**40 414 590**	**4 750 680**	**162 943**	**3 254 322**	**1 261 989**	**52 690 513**	**-3 553 151**	**8 542 903**	**27 211 071**	**134 735 859**
Charges semi directes (urgences, cs anesth., cs onco, expl. Foct., nuit, sang)	3 716 023	497 229		721 241	345 729	7 338 937		943 716	1 810 437	15 373 312
Charges de bloc	20 530 866	3 117 379	0	4 521 823	2 167 552	24 192 163	0	4 741 014	10 025 947	69 296 744
Imagerie	1 731 421	51 800	1 409 185	21 545	29 808	5 877 256	903 693	731 759	2 155 371	12 911 836
Labo	2 081 405	311 331	765	139 984	162 168	1 017 372	2 172 433	607 363		
Total Charges logistique médicale	**24 343 692**	**3 480 510**	**1 409 949**	**4 683 352**	**2 359 527**	**31 086 791**	**3 076 126**	**6 080 136**	**12 181 318**	**82 208 580**
Marge contributive brute	**16 070 898**	**1 270 170**	**-1 247 007**	**-1 429 031**	**-1 097 538**	**21 603 722**	**-6 629 276**	**2 462 767**	**15 029 753**	**52 527 279**
% marge contributive brute	**28%**	**20%**	**-28%**	**-18%**	**-28%**	**27%**	**-58%**	**15%**	**38%**	**23%**
Blanchisserie	821 316	129 668	28 934	66 971	52 077	1 184 506	186 958	277 776	409 787	3 157 993
Restauration	1 225 329	193 452	43 167	99 915	77 695	1 767 176	278 925	414 417	611 365	4 711 441
Total charges logistiques hôtellerie	**2 046 645**	**323 120**	**72 101**	**166 885**	**129 772**	**2 951 683**	**465 883**	**692 193**	**1 021 153**	**7 869 434**
Marge contributive aux charges administratives	**14 024 253**	**947 050**	**-1 319 108**	**-1 595 916**	**-1 227 310**	**18 652 040**	**-7 095 159**	**1 770 574**	**14 008 600**	**44 657 845**
Administration	**5 871 660**	**589 384**	**1 175 340**	**1 503 101**	**820 174**	**9 251 242**	**4 136 236**	**2 368 580**	**3 785 811**	**29 501 530**
Marge nette	**8 152 593**	**357 666**	**-2 494 448**	**-3 099 018**	**-2 047 484**	**9 400 798**	**-11 231 395**	**-598 006**	**10 222 789**	**15 156 315**
Budget alloué	60 523 525	6 669 086	4 628 094	8 341 787	4 066 089	82 362 298	11 985 894	16 905 191	40 835 775	236 317 738
Contribution région	2 457 346	270 775	187 908	338 689	165 089	3 344 033	486 645	686 376	1 657 994	9 594 856

Il ressort de cette analyse à partir des données PMSI, que les services *digestif, gynécologie, orthopédie, urologie et vasculaire* contribuent à la couverture des charges communes à l'ensemble de l'établissement. En revanche, les services de médecine physique, de réanimation, d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie ont une production valorisée à partir des points ISA qui ne leur permet pas de couvrir leurs charges directes de production.

3.3. SYNTHESE DU DIAGNOSTIC

À partir des informations collectées et discutées avec les acteurs de l'établissement le diagnostic commun s'est établi de la manière suivante : l'établissement de soins est bien positionné sur l'agglomération. Il détient de bonnes parts de marché sur les activités digestives et thoraciques, sur les activités d'orthopédie et de vasculaire. Globalement, pour l'ensemble des activités, la qualité des soins est bonne et les praticiens sont réputés pour être de bons praticiens, quelles que soient les disciplines. Cependant, face aux difficultés budgétaires, il apparaît primordial de réfléchir aux contributions et rétributions respectives de chacune des disciplines. En effet, compte tenu de l'évolution des disciplines de chirurgie de spécialités (ORL et ophtalmologie), un seul praticien par discipline ne peut couvrir l'ensemble des spécialités. Ces activités sont fortement consommatrices de ressources par rapport à leurs résultats en termes budgétaires. De même l'activité de réanimation est une activité fortement consommatrice de ressources et il est nécessaire de se poser la question de l'intérêt de garder cette activité en interne.

Ce diagnostic pose alors la question du maintien de ces activités en interne :

- Les services de réanimation et de médecine physique sont des services *prestataires* des services *digestif, orthopédie et vasculaire* pour la réanimation et du service *orthopédie* pour la médecine physique. Par conséquent, est-il nécessaire de conserver ces deux activités en interne ou peut-on envisager de développer des coopérations avec d'autres établissements pour réaliser ces activités ? Pour la réanimation, les médecins semblent relativement d'accord pour affirmer que cette activité est nécessaire en interne et que les services *clients* sont prêts à en supporter les coûts. En revanche, en ce qui concerne le service de médecine physique, il apparaît que celui-ci n'apporte rien en termes de qualité de la prise en charge ni en termes de réputation de l'établissement. Par conséquent, il paraît envisageable de supprimer l'activité correspondante et d'établir une coopération avec un établissement de soins de suite pour la prise en charge des patients en suite opératoire orthopédique.
- Les activités d'ophtalmologie et d'ORL sont des activités fortement concurrencées par les établissements privés commerciaux du secteur sanitaire. La question du maintien de ces activités est ouvertement posée. Cependant, s'il y un relatif consensus sur le diagnostic : ces activités coûtent à la structure, ne sont pas des activités phares en l'état et ne correspondent pas à une priorité régionale de santé publique, la question de la cessation de ces activités n'est pas pour autant acceptée par le corps médical ; et ce par solidarité avec les praticiens concernés.

4. LE CAS E : UNE OFFRE DE SOINS ECLATEE ET SURABONDANTE

La problématique qui se pose à l'établissement E est de répondre à trois questions :
• Quelles sont les activités que celle-ci réalise seule ?
• Quelles sont les activités que celle-ci fait faire à d'autres ?
• Quelles sont les activités que celle-ci fait avec d'autres ?

Pour répondre à ces questions nous avons analysé les caractéristiques de l'offre de soins de son secteur sanitaire. Les données sur lesquelles nous avons travaillé sont issues, d'une part, des enquêtes « chirurgie Rhône-Alpes » et « Obstétrique » réalisées par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie et publiées en avril 1995, et, d'autre part, des Statistiques Annuelles d'Établissement. En 1998, date de notre intervention, nous ne disposions pas d'informations publiques plus récentes, ni des informations issues du PMSI.

Les établissements concernés du secteur sanitaire sont un CHU, l'établissement PSPH E et cinq établissements privés à but lucratif (la clinique C, la clinique V, la clinique BE, la clinique BA et la clinique M).

4.1. L'ENVIRONNEMENT DEMOGRAPHIQUE

Le département dans lequel se situent ces établissements est l'un des départements qui connaissent la croissance démographique la plus forte. D'après les estimations régionales et départementales de population de la direction régionale de l'INSEE, le taux annuel de croissance du département oscille entre 0,8 % et 0,98 % depuis 1990. Cette population est une population relativement jeune par rapport à la moyenne française. Bien qu'elle soit affectée par le vieillissement général de la population, et malgré un rétrécissement des structures familiales, le nombre d'enfants par famille reste un peu plus fort que la moyenne nationale.

Figure 19 : Répartition de la population de deux tranches d'âge

	Département E	Région E	France
Moins de 25 ans	37,5 %	36,2 %	35,3 %
Plus de 75 ans	5,2 %	5,5 %	6,1 %

D'après les projections de l'INSEE (modèle OMPHALE) établies à l'horizon 2020, la population du département E devrait croître de 280 000 à 400 000 habitants. Cette évolution modifiera sensiblement la composition par âge de la population, et le vieillissement de la population se poursuivra avec une évolution de 1 point environ du nombre de personnes de plus de 75 ans.

Les caractéristiques de la population conduisent à deux tendances pour l'activité des établissements de soins. La première est le développement de prises en charge liées à la mère et à l'enfant, et la deuxième est le développement de prise en charge des pathologies liées aux personnes âgées.

4.2. ANALYSE QUANTITATIVE DE L'ENVIRONNEMENT

Cette étude a été réalisée à partir des données collectées dans les SAE construites par la DRASS en janvier 1997. L'analyse de l'offre de soins du secteur dans les structures d'hospitalisation porte sur l'activité MCO en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle. Les données ne référencent pas les activités de radiologie, de kinésithérapie, de dialyse et de pharmacie. Les soins hautement spécialisés en chirurgie ont été intégrés à la chirurgie, et l'oncologie à la médecine.

Les indicateurs de l'offre de soins retenus sont le lit installé, le nombre d'entrées, le nombre de journées totales et la Durée Moyenne de Séjour (DMS).

Tableau 48 : Activité totale des établissements de l'échantillon

	Hospitalisation complète				Hospitalisation à temps partiel		Chirurgie ambulatoire et anesthésie		CS et soins externes
TOTAL	Lits installés	Entrées totales	Journées	DMS	Nb de places	Nb de venues	Nb de places	Nb de venues	Nb
Médecine	947	40 826	263 484	5,22	92	9 424	0	0	78912
Chirurgie	1 027	47 864	284 949	5,11	0	0	110	32996	100229
Obstétrique	248	13 425	68 149	4,81	6	325	0	0	26205
Total	2 222	102 115	616 581	5,05	98	9 749	110	32996	205346
Nb accouchements		7543							

4.2.1. Cartographie des établissements : une analyse statique

Nous présentons ici les données SAE condensées pour l'ensemble des établissements de l'échantillon retenu.

Tableau 49 : Activité réalisée au CHU

	Hospitalisation complète				Hospitalisation à temps partiel		Chirurgie ambulatoire et anesthésie		CS et soins externes
CHU	Lits installés	Entrées totales	Journées	DMS	Nb de places	Nb de venues	Nb de places	Nb de venues	Nb
Médecine	786	31 205	212 236	6,80	78	8 470			59 422
Chirurgie	614	25 135	153 340	6,10			18	2 688	88 151
Obstétrique	118	5 592	23 907	4,28	6	319			20 312
Total	1 518	61 932	389 482	6,29	84	8 789	18	2 688	167 885
Nb. accouchements		2 474							

Cet établissement se positionne en pôle hospitalier prépondérant et est bien implanté au sein du département. Toutes les disciplines de pointe y sont représentées. Il réalise environ 85 % des actes non programmés de nuit.

Tableau 50 : Activité de l'établissement E

	Hospitalisation complète				Hospitalisation à temps partiel		Chirurgie ambulatoire et anesthésie		CS et soins externes
E	Lits installés	Entrées totales	Journées	DMS	Nb de places	Nb de venues	Nb de places	Nb de venues	Nb
Médecine	59	2 748	15 986	5,82	3	954			13 776
Chirurgie	76	3 356	17 203	5,13			5	1 021	11 443
Obstétrique	29	1 710	8 508	4,98		6			5 893
Total	164	7 814	41 697	5,34	3	960	5	1 021	31 112
Nb accouchements		1 510							

Tableau 51 : Activité de la clinique M

	Hospitalisation complète				Hospitalisation à temps partiel		Chirurgie ambulatoire et anesthésie		CS et soins externes
Clinique M	Lits installés	Entrées totales	Journées	DMS	Nb de places	Nb de venues	Nb de places	Nb de venues	Nb
Médecine	20	1 071	7 222	5,89	10				5 714
Chirurgie							4	1 463	
Total	20	1 071	7 222	5,89	10		4	1 463	5 714

Tableau 52 : Activité de la clinique V

	Hospitalisation complète				Hospitalisation à temps partiel		Chirurgie ambulatoire et anesthésie		CS et soins externes
Clinique V	Lits installés	Entrées totales	Journées	DMS	Nb de places	Nb de venues	Nb de places	Nb de venues	Nb
Médecine		36	36		1				
Chirurgie	53	2 212	10 706	4			6		
Total	53	2 248	10 742	3,86	1		6		

La clinique V a été rachetée par la clinique BE. C'est une petite clinique chirurgicale relativement bien équipée.

Tableau 53 : Activité de la clinique BA

	Hospitalisation complète				Hospitalisation à temps partiel		Chirurgie ambulatoire et anesthésie		CS et soins externes
Clinique BA	Lits installés	Entrées totales	Journées	DMS	Nb de places	Nb de venues	Nb de places	Nb de venues	Nb
Médecine	14	454	2 714	5,05					
Chirurgie	86	4 965	30 022	5,06			24	9 177	
Obstétrique									
Total	100	5 419	32 736	5,06			24	9 177	

La clinique BA occupe le troisième rang en termes de nombre d'interventions au niveau du secteur opératoire, au prorata d'une prise en charge d'hospitalisation incomplètes (29,3 %) et de soins externes (44,5 %), ce qui est à l'origine d'un projet d'organisation d'un réseau d'urgence avec la clinique E.

Tableau 54 : Activité de la clinique C

	Hospitalisation complète				Hospitalisation à temps partiel		Chirurgie ambulatoire et anesthésie		CS et soins externes
Clinique C	Lits installés	Entrées totales	Journées	DMS	Nb de places	Nb de venues	Nb de places	Nb de venues	Nb
Médecine	24	2 115	8 194	2,89					
Chirurgie	66	3 634	24 181	5,66			24	7 981	0 157
Obstétrique	31	1 486	9 298	5,27					
Total	121	7 235	41 673	4,77			24	7 981	0 157
Nb accouchements		1 490							

La clinique C occupe le septième rang en termes de nombre d'interventions se caractérisant essentiellement par une activité programmée (96,8 %) puisqu'il n'y a pas de services d'urgences, avec une représentation prédominante des actes de dermatologie et de stomatologie ainsi que d'urologie.

Tableau 55 : Activité de la clinique BE

	Hospitalisation complète				Hospitalisation à temps partiel		Chirurgie ambulatoire et anesthésie		CS et soins externes
Clinique BE	Lits installés	Entrées totales	Journées	DMS	Nb de places	Nb de venues	Nb de places	Nb de venues	Nb
Médecine	44	3 197	17 096	4,87					
Chirurgie	132	8 562	49 497	4,84			29	10 666	478
Obstétrique	70	4 637	26 436	4,70					
Total	246	16 396	93 029	4,81			29	10 666	478
Nb accouchements		2 069							

La clinique BE est le plus important établissement privé du secteur. Elle représente environ 10 % des lits installés et 15 % du nombre de journées réalisées. Cet établissement est positionné sur les mêmes secteurs d'activité que la clinique E et constitue son concurrent le plus direct.

4.2.2. L'activité MCO : une analyse dynamique

L'objet de ce paragraphe est d'évaluer le poids relatif de l'offre de soins MCO proposée par l'établissement E par rapport à l'offre des établissements du secteur sanitaire, tous statuts d'hospitalisation confondus. Bien entendu, les données présentées ci-dessous sont strictement quantitatives et ne visent pas à déterminer les spécificités par structure.

Tableau 56 : Part de E dans l'activité totale

	Hospitalisation complète				Hospitalisation à temps partiel		Chirurgie ambulatoire et anesthésie		CS et soins externes
% E/total	Lits installés	Entrées totales	Journées	DMS	Places	Venues	Places	venues	Parts
Médecine	6%	7%	6%	111%	3%	10%			17%
Chirurgie	7%	7%	6%	100%			5%	3%	11%
Obstétrique	12%	13%	12%	104%	0%	2%			22%
Total	7%	8%	7%	106%	3%	10%	5%	3%	15%
Accouchements		20%							

L'établissement E a une offre totale représentant 7 % des lits installés en hospitalisation complète, qui eux-mêmes représentent 8 % des entrées totales, 7 % des journées, pour une DMS de 106 % de la DMS moyenne du secteur.

Tableau 57 : Part de E dans l'activité du privé

	Hospitalisation complète				Hospitalisation à temps partiel		Chirurgie ambulatoire et anesthésie		CS et soins externes
% E/privé	Lits installés	Entrées totales	Journées	DMS	Places	Venues	Places	venues	Part
Médecine	37%	29%	31%	124%	21%	100%			71%
Chirurgie	18%	15%	13%	105%			5%	3%	95%
Obstétrique	22%	22%	19%	100%		100%			100%
Total	23%	19%	18%	109%	21%	100%	5%	3%	83%
Nb accouchements		30%							

D'une façon générale, l'établissement E est placé moyennement en hospitalisation complète offrant 7 % des lits d'hospitalisation sur son agglomération, et 23 % par rapport aux seuls établissements privés commerciaux. Sa situation est globalement fragile. L'établissement E a une activité correcte, mais il ne doit pas pour autant se reposer sur cette situation.

- **L'urgence et la réanimation**

  Ces deux disciplines sont assurées essentiellement par le CHU et par l'établissement E, pour lequel les entrées aux urgences correspondent à des urgences de gravité moyenne, ou bien spécialisées dans certains créneaux, tels que la cardiologie. Les cas très lourds sont évacués sur le CHU, et les populations défavorisées s'adressent principalement au CHU.
- **La médecine**

  L'activité de médecine est assurée essentiellement au CHU, mais l'établissement E ainsi que la clinique BE ont développé une activité importante et de qualité, notamment en cardiologie et en cancérologie. L'établissement E représente 6 % de la totalité des lits d'hospitalisation, pour 6 % des journées réalisées. Si on compare l'établissement E au seul secteur privé, il réalise alors 31 % des journées avec 37 % des lits Ceci montre une position très largement dominante dans le secteur privé. En revanche, la durée moyenne de séjour est plus élevée que dans le secteur privé, et se rapproche des durées moyennes du public.
- **La chirurgie**

  L'offre de chirurgie est très diversifiée et hautement spécialisée. L'établissement E représente près d'un cinquième de l'offre en chirurgie hors CHU, soit la deuxième offre sur le secteur après la clinique BE et devant la clinique BA. En revanche, l'offre d'hospitalisation de jour de l'établissement E est très faible par rapport aux autres établissements de santé. La DMS en chirurgie est très proche de la DMS moyenne sur le secteur.
- **L'obstétrique**

  L'offre de soins en obstétrique de l'agglomération est diversifiée et de technologie avancée. L'établissement E représente 12 % de l'activité obstétrique totale, ce qui le place en une excellente position. Il réalise 20 % des accouchements et peut être considéré comme dominant dans cette activité.
- **Consultations et soins externes**

L'établissement E réalise la quasi-totalité des consultations hors CHU (83 %) et 15 % par rapport à l'offre globale. Là encore, l'établissement E est bien positionné.

Le tableau suivant met en perspective les productivités brutes par lit entre les différents établissements.

Tableau 58 : Productivités partielles

	E	CHU	Clinique BE	Clinique BA	Clinique C	Clinique V	Clinique M
Médecine							
Nbre de lits	59	947	44	14	24	0	20
Nbre de journées	15 986	212 236	17 096	2 714	8 194	0	7 222
Journées/lits	270,95	224,11	388,54	193,85	341,41		361
Chirurgie							
Nbre de lits	76	614	132	86	66	53	0
Nbre de journées	17 203	153 340	49 497	30 022	24 181	10 706	0
Journées/lits	226,35	249,74	374,97	349,09	366,37	202	
Obstétrique							
Nbre de lits	29	118	70	0	31	0	0
Nbre de journées	8 508	23 907	26 436	0	9 298	0	0
Journées/lits	293,37	202,6	377,65		299,93		

Ce tableau met en évidence des différences de productivité importantes entre le public et le privé d'une part, et entre chaque établissement privé d'autre part.

- **Comparaison public-public** : si la chirurgie de l'établissement E fait jeu égal avec le CHU, il n'en est pas de même pour la médecine et l'obstétrique où la productivité différentielle de la clinique est respectivement pour la médecine et l'obstétrique supérieure de 33 % et de 45 %.
- **Comparaison privé-privé** : la clinique BE a une productivité supérieure dans tous les secteurs.
- **Comparaison public-privé** : la clinique BE a une productivité supérieure à l'établissement E.

Ces chiffres montrent que dans les restructurations inévitables du secteur, la clinique BE joue un rôle déterminant. D'où la nécessité pour l'établissement E de bien suivre ses indicateurs et d'analyser son organisation pour comprendre et expliquer ces différences. Ces premières analyses doivent être considérées comme des pistes d'investigation, plus que comme des résultats définitifs.

4.2.3. Une analyse de l'offre de soins par discipline

Cette analyse a pour objet de montrer quelles sont les disciplines chirurgicales exercées dans chacun des établissements concernés. Il s'agit de mettre en évidence d'une part la concentration ou la non-concentration de l'offre de soins, et d'autre part, les structures pilotes dans l'exercice d'une ou plusieurs disciplines particulières.

Tableau 59 : Parts de chaque structure au sein des classes d'actes de chirurgie

%	E	Clinique BA	Clinique C	Clinique V	Clinique BE	C.H.U
Digestif	3,5	27,1	4,4	1,2	29,4	14,3
Orthopédie	6,8	14,5	13,5	10,9	9,2	36,4
Gynécologie	11,5	3,7	13,5	1,3	38,8	22,8
Traumato.	3,5	29,8	8,4	4,3	2,5	40,2
Ophtalmologie	1,6	51,1	8,9	1,2	14,4	22,7
Stomatologie	3,7	12,7	20,1	8,3	38,5	8,0
App. Urinaire	3,4	16,4	19,3	5,5	17,4	32,7
Dermatologie	2,9	36,3	21,9	5,7	9,8	15,2
ORL Max-fac	0,4	18,2	7,9	15,7	22,6	21,9
Vaisseaux	11,2	10,7	9,7	6,2	20,2	36,6
ORL	1,1	9,4	9,7	10,2	17,3	40,4
Neurochir. ortho.	2,1	2,6	13,2	11,1	30,0	37,4
Cœur	6,4	2,7	4,3	0,0	22,3	62,8
App. respiratoire	0,5	5,3	9,0	2,7	47,3	27,7
Neurochirurgie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	99,3
Total autres	2,5	6,3	7,1	1,3	13,0	69,5
Total	4,6	20,0	11,0	5,1	21,3	28,1

L'offre est pléthorique plus particulièrement sur quatre segments. Les disciplines les plus représentées dans le secteur sanitaire sont le digestif, l'orthopédie, la gynécologie et la traumatologie ; en termes de répartition, il s'avère que l'ensemble des établissements exerce ces disciplines.

Le CHU est en situation de monopole pour les interventions sur le cœur et la neurochirurgie. Cet établissement occupe également une position pilote puisqu'il réalise (sauf en stomatologie, digestif et dermatologie) plus de 20 % des interventions sur l'ensemble des disciplines.

La clinique BE est un établissement très spécialisé. Elle se situe dans la même tranche d'interventions pour la gynécologie (38,8 % du total) et la stomatologie (38,5 % du total) et réalise 47,3 % des interventions relatives à l'appareil respiratoire.

Il existe une concurrence très forte sur certains segments. L'orthopédie est une discipline très bien représentée dans quatre établissements. La clinique C et la clinique V réalisent chacune environ 12 % de l'activité totale d'orthopédie. L'établissement E et la clinique BE réalisent respectivement 6,8 % et 9,2 % des interventions orthopédiques. Le digestif est représenté dans la totalité des établissements et plus particulièrement au CHU (14,3 % de l'activité totale) et à la clinique BE (29,4 % de l'activité totale). La gynécologie se répartit entre 38,8 % pour la clinique BE, 22,8 % pour le CHU, 13,5 % pour l'établissement MC et 11,5 % pour l'établissement E.

Il s'avère que l'offre de soins du secteur en chirurgie est très éclatée entre les différents établissements, et se caractérise par l'existence d'un duopole global, sur la quasi-totalité des disciplines, constitué par le CHU et la clinique BE, qui sont massivement présents sur

chacune des disciplines. L'établissement E est présent partout mais à chaque fois avec une part de marché faible allant au maximum à 11,5 % pour la gynécologie, où il est fortement concurrencé par la clinique BE.

Dans le but de caractériser l'offre de soins en gynécologie – obstétrique, nous présentons deux tableaux. Le premier recense les indicateurs "classiques" d'activité (Nombre d'entrées, de journées, DMS et taux d'occupation) ; le second tableau comprend des indicateurs spécifiques à la gynécologie – obstétrique, tels que le nombre d'accouchements et de césariennes, le % d'accouchements par rapport au nombre d'entrées ainsi que le nombre de césarienne par rapport au nombre d'entrées.

Tableau 60 : Descriptions de l'activité des établissements en gynécologie-obstétrique

	Capacités installées			Entrées			Journées facturées		
	1989	1991	1995	1989	1991	1995	1989	1991	1995
Etablissement E	nc	32	29	8 487	8 076	8 508	1 613	1 426	1 710
Clinique C	nc	31	31	6 507	6 662	9 298	1 184	1 232	1 486
Clinique V	-								
Clinique BE	nc	70	70	23 353	24 408	26 436	4 262	4 847	4 637
CHU	nc	132	118	32 424	30 093	23 907	7 149	6 520	5 592
Clinique BA	-								

	DMS			Taux d'occupation		
	1989	1991	1995	1989	1991	1995
Etablissement E	5,26	5,66	4,98	72,66	69,14	80,38
Clinique C	5,5	5,41	5,27	57,51	58,8	69,19
Clinique V	-					
Clinique BE	5,5	5,04	4,7	91,4	95,53	85,34
CHU	4,5	4,6	4,28	67,2	63	62,71
Clinique BA	-					

Tableau 61 : Indicateurs spécifiques à l'activité de gynécologie obstétrique

	Nbre accouchements			Nbre césariennes			% acc./ nb entrées			% césariennes		
	1989	1991	1995	1989	1991	1995	1989	1991	1995	1989	1991	1995
E	1 404	1 311	1 510	142	133	181	87	91,9	88,3	10,1	10	11,99
Clinique C	1 155	1 234	1 490	158	211	245	97,6	100	100	13,7	17	16,44
Clinique V	-											
Clinique BE	2 412	2 434	2 069	317	404	266	56,6	50,2	44,6	13,1	17	12,86
CHU	3 008	2 843	2 474	359	395	318	42,1	43,6	44,2	11,9	14	12,85
Clinique BA	-											

Indépendamment du volume, de 1991 à 1995, deux établissements voient leur activité augmenter (la clinique C +20,75 % en nombre d'accouchements, et l'établissement E + 15 %) et deux diminuer (la clinique B – 15 % et le CHU – 13 %) :

Afin de caractériser l'offre de soins en gynécologie-obstétrique, nous avons classé les établissements par tranche de nombre d'accouchements réalisés au cours de l'année 1995. Il convient de souligner qu'aucun établissement ne réalise moins de 300 accouchements par an, norme fixée par les autorités de tutelle pour fermer les services ou les établissements concernés.

Les établissements réalisant entre 1 000 et 2 000 accouchements par an

- **La clinique C :** à capacité constante, cet établissement est en forte progression. Le nombre d'entrées progresse de 25 % de 1989 à 1991 et de 25 % également de 1991 à 1995 pour s'établir à 1 486 durant l'année 1995. Le nombre de journées facturées suit la même tendance. Sur la même période, il progresse respectivement de 2,4 % et de 42,9 %. La DMS baisse légèrement et s'établit à 5,27 jours en 1991. Le taux d'occupation enregistre une forte progression et passe de 58,8 % à 69,2 % en 1995. Si l'on se réfère à l'ensemble des établissements, le pourcentage de césariennes est élevé, soit 16,4 %, mais ceci est probablement dû à un âge maternel significativement supérieur à la moyenne régionale dans cet établissement[384]. Les accouchements représentent la totalité de l'activité de la clinique.
- **L'établissement E :** le nombre d'entrées et de journées facturées est en progression de 1991 à 1995 et s'établit à un niveau légèrement supérieur à celui de 1989. Le nombre d'entrées a progressé de 6 % de 1989 à 1995 mais de 19,9 % de 1991 à 1995. Pour les mêmes périodes, le nombre de journées facturées progresse de 2,5 % et de 5,4 %. La DMS est en baisse soit 4,6 jours en 1995 contre 5,6 jours en 1991, et le taux d'occupation est en très forte progression, soit 92,5 % en 1995 contre 60,5 % en 1991. Le pourcentage d'accouchements par rapport au nombre d'entrées est relativement stable. Le nombre de césariennes a progressé plus que proportionnellement au nombre d'accouchements soit respectivement 36 % et 15 %. Le pourcentage de césariennes par rapport au nombre d'entrées est 12 contre 10,1 en 1991.

Les établissements réalisant entre 2 000 et 3 000 accouchements par an

- **La clinique B :** le nombre d'entrées est en légère diminution (4,5 %) ; il passe de 4 847 en 1991 à 4 637 en 1995. Le taux d'occupation est également en régression et s'établit à 85,3 % en 1995 contre 95,5 % en 1991. Il convient de souligner que le pourcentage d'accouchements par rapport au nombre d'entrées est en constante diminution depuis 1989. À cette date, il était de 56,6 % puis de 50,2 % en 1991 et de 44,6 % en 1995.
- **Le CHU :** le nombre d'entrées est en régression et passe de 7 149 en 1989 à 6 520 en 1991 pour s'établir à 5 592 en 1995. Le taux d'occupation suit la même tendance ; il est 62,7 % en 1995. Le nombre d'accouchements est en constante diminution soit 3 008 en 1989, 2 843 en 1991 et 2 474 en 1995 avec un pourcentage d'accouchements par rapport au nombre d'entrées qui reste stable.

L'analyse de soins du secteur sanitaire en médecine est peu développée dans la mesure où les enquêtes de la C.R.A.M. qui étudient l'activité des établissements n'ont répertorié que deux établissements dans l'étude médecine.

[384] CRAM, Enquête Obstétrique, Région Rhône-Alpes, tome II, Annexe, mai 1994, p. 303.

- **La clinique C** : cet établissement possède 24 lits de médecine ; il draine 69,4 % des séjours du canton. Sa zone d'attraction couvre 17 cantons, mais reste ciblée sur la ville et sa proche banlieue qui représentent 70,5 % des séjours. La durée moyenne de séjour s'élève à 2,7 jours en 1990 et à 3 jours en 1991. Le taux d'occupation atteint 36 % en 1990 et 45,4 % en 1991.
- **La clinique BA** : cet établissement possède 14 lits de médecine classés en catégorie D ; elle draine 25,8 % des séjours du canton. Sa zone d'attraction couvre 12 cantons, mais reste également ciblée sur la ville et sa proche banlieue qui représentent 71,5 % des séjours. La durée moyenne de séjour s'élève à 5,9 jours en 1990 et à 5 jours en 1991. Le taux d'occupation atteint 57,2 % en 1990 et 50,3 % en 1991.

4.2.4. L'établissement E en dynamique

Les activités retracées sont :
- La cardiologie, la médecine et les spécialités médicales regroupées.
- La gynéco-obstétrique
- La chirurgie
- L'anesthésie
- La médecine.
- La cardiologie.

Tableau 62 : Évolution de l'activité de gynéco-obstétrique de 1993 à 1997

GYNÉCOLOGIE (consultations et urgences)							
	1993	1994	1995	1996	1997	Evol.93-97	Evol. 96-97
Consultations	5 550	5 634	5 509	5 441	5 968	+7,5 %	+9,7 %
Examens	567	705	516	580	537	-5,3 %	-7,4 %
K	10596	12478	10672	10378	10418	-1,7 %	+0,4 %

MATERNITÉ							
	1993	1994	1995	1996	1997	Evol.93-97	Evol. 96-97
Accouchements	1 443	1 467	1 509	1 433	1 536	+6,4 %	+7,2 %
Interventions	1 455	1 480	1 532	1 452	1 596	+9,7 %	+9,9 %
K	28599	30109	31973	30440	34248	+19,8 %	+12,5 %
K/Interventions	19,66	20,34	20,87	20,96	21,46	+9,2 %	+2,4 %

IVG							
	1993	1994	1995	1996	1997	Evol.93-97	Evol. 96-97
IVG	419	350	388	356	303	-27,7 %	-14,9 %

BLOC							
	1993	1994	1995	1996	1997	Evol.93-97	Evol. 96-97
Interventions	852	935	909	938	961	+12,8 %	+2,5 %
KC	52194	59403	57891	61298	63355	+21,4 %	+3,4 %
KC/Interventions	61,26	63,53	63,69	65,35	65,93	+7,6 %	+0,9 %

Les activités d'urgence et de consultation ont été consolidées pour 1996 et 1997 afin de rendre les données comparables. En gynéco-obstétrique, l'activité a globalement augmenté de 1993 à 1997 et de 1996 à 1997.

Les **consultations** de gynécologie ont progressé constamment sur 5 ans (+7,5 %) pour atteindre le chiffre de 5 968 en 1997. En revanche, les examens et K de consultation ont baissé respectivement de 5,3 % et de 1,7 % sur la même période.

Pour la **maternité**, le nombre d'accouchements a progressé de 6,4 % entre 1993 et 1997 et de 7,2 % entre 1996 et 1997. Il est de 1 536 en 1997. De même, les interventions ont progressé également (+9,7 % en moyenne, avec une reprise en 1997). La progression la plus importante est celle des K, qui atteint presque les 20 % sur la période 1993-1997, et 12,5 % pour 1996-1997. Plus important encore, le K moyen par intervention a progressé de 9,2 % et atteint 21,46 en 1997.
Le nombre d'IVG a baissé de 1993 à 1997 de presque 30 % en passant de 419 à 303. Cette régression est constante et régulière.

Les interventions réalisées au bloc, le nombre de KC, et le KC moyen par intervention sont tous trois en augmentation (respectivement +12,8 %, +21,4 % et +7,6 %), avec une légère stagnation toutefois depuis 1996. En 1997, les interventions s'élèvent à 961, le nombre de KC à 63 355 et le KC moyen est de 65,93.

Les différentes activités réalisées par les chirurgiens peuvent être synthétisées dans les tableaux suivants.

Tableau 63 : Évolution de l'activité des chirurgiens de 1993 à 1997

CHIRURGIE (consultations en cabinet médical)							
	1993	1994	1995	1996	1997	Evol.93-97	Evol. 96-97
Consultations	4 517	4 355	4 627	4 570	4 833	+7,0 %	+5,8 %
Examens	751	882	809	674	445	-40,7 %	-34,0 %
K	17820	18819	17061	14177	9 743	-45,3 %	-31,3 %

SOINS EXTERNES (Services des Urgences)							
	1993	1994	1995	1996	1997	Evol.93-97	Evol. 96-97
Consultations	10753	12708	13102	13338	14578	+35,6 %	+9,3 %
Examens	6 644	7 206	6 762	6 398	6 803	+2,4 %	+6,3 %
K + KC	78032	84739	80007	75424	80902	+3,7 %	+7,3 %

Activités en salle d'endoscopie (actes chirurgicaux d'urologie)							
	1993	1994	1995	1996	1997	Evol.93-97	Evol. 96-97
Interventions	216	322	339	194	264	+22,2 %	+36,1 %
K + KC	3 595	4 884	5 374	3 097	3 892	+8,3 %	+25,7 %

BLOC							
	1993	1994	1995	1996	1997	Evol.93-97	Evol. 96-97
Interventions	2 916	2 794	2 892	2 974	3 146	+7,9 %	+5,8 %
KC	239 875	228 908	239 917	246 847	243 083	+1,3 %	-1,5 %
KC/Intervention	82,26	81,93	82,96	83,00	77,27	-6,1 %	-6,9 %

Les **consultations** en cabinet ont une progression hétérogène : le nombre de Consultations (CS) progresse de 7 % de 1993 à 1997, mais on constate une forte régression du nombre d'examens (-40,7 %) et de K (-45,3 %)[385]. Ces trois tendances se confirment sur la période 1996-1997.

Les **soins externes** en chirurgie (qui concernent les prestations réalisées aux urgences) progressent fortement : le nombre de CS atteint en 1997 14 578, soit une progression par rapport à 1993 de 35,6 %. Les examens progressent également (6 803 examens en 1997 pour une progression moyenne de 2,4 %), ainsi que les K + KC, qui dépassent les 80 000 en 1997 (+7,3 % par rapport à 1996). Les activités répertoriées dans cette rubrique concernent exclusivement celles des assistants et chirurgiens de garde.

Les soins **d'endoscopie** ont également progressé depuis 1993, même si l'on constate des fluctuations : un progrès du nombre d'interventions et de K-KC de 1993 à 1995, une forte régression en 1996, puis une reprise sensible en 1997 (+36,1 % d'interventions et +25,7 % des K-KC de 1996 à 1997). Ils concernent exclusivement des petits actes d'urologie.

Les **interventions au bloc** ont varié en qualité : elles sont plus nombreuses, mais présentent un KC moyen moins important. Ainsi, le nombre des interventions passe de 2 916 à 3 146 de 1993 à 1997 (+7,9 %), le nombre de KC passe de 239 875 à 243 083 (+1,3 %), mais régresse par rapport à 1996 (-1,5 %). Le KC moyen chute de plus de 6 % en passant de 82,3 à 77,3. Les actes chirurgicaux ont donc perdu en technicité, tout en restant d'un niveau correct. Toutefois, ces données méritent d'être relativisées par l'intégration en 1996 des soins externes (réalisés alors en jour), qui favorisent l'évolution du nombre d'interventions, mais diminuent le KC moyen. Une analyse plus fine sera réalisée au niveau de l'activité du bloc opératoire (cf. supra).

[385] Les K réalisés en cabinet médical représentent une activité spécifique d'examens vasculaires (type " Doppler ").

L'activité en anesthésie est la suivante :

Tableau 64 : Évolution de l'activité d'anesthésie de 1993 à 1997

ANESTHÉSIE (CS)							
	1993	1994	1995	1996	1997	Evol.93-97	Evol. 96-97
Consultations	2 291	2 115	2 873	3 082	3 168	+38,3 %	+2,8 %
Examens	669	715	1 049	983	1 163	+73,8 %	+18,3 %
K + KC-ARE	6 820	4 337	6 768	6 520	7 553	+10,7 %	+15,8 %

Salle d'ENDOSCOPIE							
	1993	1994	1995	1996	1997	Evol.93-97	Evol. 96-97
Interventions	404	454	426	544	686	+69,8 %	+26,1 %
K + KC-ARE	10122	11730	11066	14246	17933	+77,2 %	+25,9 %

MATERNITÉ							
	1993	1994	1995	1996	1997	Evol.93-97	Evol. 96-97
Interventions	694	814	912	854	950	+36,9 %	+11,2 %
K + KC-ARE	26147	31908	35689	33613	37512	+43,5 %	+11,6 %

BLOC							
	1993	1994	1995	1996	1997	Evol.93-97	Evol. 96-97
Interventions	3 899	3 784	3 765	3 686	3 585	-8,1 %	-2,7 %
KC	155 726	152 481	154 279	154 684	151 371	-2,8 %	-2,1 %
KC/Intervention	39,94	40,30	40,98	41,97	42,22	+5,7 %	+0,6 %

BLOC Forfait IVG							
	1993	1994	1995	1996	1997	Evol.93-97	Evol. 96-97
Interventions				239	191	-	-20,1 %

L'activité anesthésique progresse dans tous les secteurs sauf au bloc. Ainsi, **les consultations** d'anesthésie augmentent de 38,3 % de 1993 à 1997 (+2,8 % de 1996 à 1997) et atteignent en 1997 le nombre de 3 168. Les examens progressent également (669 en 1993 et 1 163 en 1997 : +73,8 %). Les K + KC progressent de façon irrégulière (chutes en 1994 et 1996) et atteignent 7 553 en 1997 (+10,7 % globalement). Ces consultations suivent les tendance constatées sur l'activité du bloc.

Les interventions et K + KC en **endoscopie** progressent considérablement et régulièrement (+69,8 % d'interventions entre 1993 et 1997, +26,1 % de 1996 à 1997, et des chiffres similaires pour les progressions des K + KC). Les K atteignent en 1997 le chiffre de 37 512.

De même, les interventions et K + KC en **maternité** progressent respectivement de 1993 à 1997 de 36,9 % et 43,5 %. En 1997, 950 interventions sont réalisées pour la réalisation de 37 512 K + KC.

Les activités d'anesthésie réalisées au **bloc** sont par contre en régression, même si le K moyen augmente de 5,7 % sur 5 ans. De 3 899 interventions en 1993, on passe à 3 585

interventions en 1997. L'ensemble des KC descend à 151 371 en 1997 (-2,8 % par rapport à 1993). Cette évolution suit la régression de l'activité de chirurgie.

Les interventions au bloc dans le cadre des **forfaits IVG** passent de 239 en 1996 à 191 en 1997.

Les spécialités médicales regroupent la médecine interne, la gastro-entérologie, la néphrologie et la douleur. Les données sont partiellement intégrées en 1993 et 1994.
L'activité est la suivante :

Tableau 65 : Évolution des spécialités médicales de 1993 à 1997

MÉDECINE (consultations)							
	1993	1994	1995	1996	1997	Evol.93-97	Evol. 96-97
CS	3 019	3 162	3 151	3 472	3 459	+14,6 %	-0,4 %
Intervent.				30	38		+26,7 %
K				610	825		+35,2 %
K/Interv.				20,33	21,71		+6,8 %

URGENCES			
	1996	1997	Evol. 96-97
CS	45	37	-17,8 %
Intervent.	55	54	-1,8 %
K	906	861	-5,0 %
K/Interv.	16,47	15,94	-3,2 %

SALLE ENDOSCOPIE							
	1993	1994	1995	1996	1997	Evol.93-97	Evol. 96-97
CS				3	78	-	+2 500,0 %
Examens	1 021	1 105	1 070	907	1 096	+7,3 %	+20,8 %
K	56652	56536	53983	54688	59978	+5,9 %	+9,7 %

BLOC			
	1996	1997	Evol. 96-97
Examens	176	45	-74,4 %
K	4 638	1 196	-74,2 %

Les **consultations de spécialités médicales** progressent depuis 1995 (+9,8 %) et s'élèvent à 3 459 en 1997. Les consultations et interventions en **urgence** restent marginales (37 CS en 1997, 54 interventions, 861 K) et régressent par rapport à 1996.

L'activité en **salle d'endoscopie** est récente, ce qui explique l'augmentation d'activité par rapport à 1996. Elle atteint en 1997 78 CS pour 1 096 examens et presque 60 000 K. Elle s'explique par l'activité de néphrologie, réalisée depuis 1995 et par la progression de l'endoscopie réalisée par un gastro-entérologue. L'activité répertoriée sous la rubrique **bloc** est la prise en charge de la douleur, dont l'enregistrement a été partiel et n'est exhaustif que depuis 1997.

L'activité en cardiologie est présentée dans les tableaux ci-dessous :

Tableau 66 : Évolution de la cardiologie de 1993 à 1997

CARDIOLOGIE (consultations)							
	1993	1994	1995	1996	1997	Evol.93-97	Evol. 96-97
CS	2 065	2 174	1994	1 928	1 901	-7,9 %	-1,4 %
Examens	3 553	3 725	3 556	3 369	2 304	-35,2 %	-31,6 %
K	85 965	86 657	86 087	82 030	67485	-21,5 %	-17,7 %

URGENCES			
	1996	1997	Evol. 96-97
CS	7	9	+28,6 %
Examens	2	2	+0,0 %
K	20	18	-10,0 %

SALLE ENDOSCOPIE				
	1995	1996	1997	Evol. 96-97
CS	170	1	0	-100,0 %
Intervent.	301	63	0	-100,0 %
K	7 473	3 450	5 547	+60,8 %

Les **consultations** de **cardiologie** sont en régression de 7,9 % depuis 1993 pour s'abaisser à 1901 CS en 1997. De même, le nombre d'examens et de K diminuent fortement (-35,2 % et -21,5 %) et régulièrement. Ainsi, le nombre de K a chuté de 85 965 en 1993 à 67 485 en 1997. Cela s'explique principalement par un changement de cotation d'actes, cotés avant 1996 en CS et K pour intégrer une cotation en CS. Les actes réalisés en **urgences** sont très marginaux. Les K réalisés en **endoscopie** ont récemment progressé, en passant de 3 450 en 1996 à 5 547 en 1997. Le suivi de l'activité n'est réalisé que depuis 1995.

Les grands résultats sont les suivants :

Tableau 67 : Évolution des spécialités médicales de 1993 à 1997

ANGIOLOGIE ET SPÉCIALITÉS (ORL, OPHT, DERMATO)							
	1993	1994	1995	1996	1997	Evol.93-97	Evol. 96-97
CS	294	67	11	12	23	-92,2 %	+91,7 %
Examens	1 800	1 496	1 353	1 471	1 529	-15,1 %	+3,9 %
K	54 340	49 078	45 385	51 186	55 111	+1,4 %	+7,7 %
Intervent.	444	327	184	33	0	-100,0 %	-100,0 %
KC	23 520	15 845	7 922	1 609	0	-100,0 %	-100,0 %

Nous avons regroupé ces différentes spécialités par commodité d'analyse, au risque de perdre en pertinence.
Notons qu'à partir de 1996, les cotations d'angiologie ne portent plus sur les seules consultations, mais également sur les examens.
Les K identifiés correspondent à l'activité d'angiologie, qui progresse depuis 1996 après avoir connu une régression de 1994 à 1995. Elle atteint aujourd'hui plus de 55 000 K.

Les KC répertoriés regroupent la dermatologie, l'Ophtalmologie, et l'ORL. Ces deux dernières activités ont été arrêtées en 1994 et 1995.

4.2.5. Analyse financière

Dans le cas de l'établissement E, il est aussi nécessaire de s'interroger sur sa structure financière et celle des établissements de santé environnants. L'établissement E envisage de développer des coopérations avec d'autres établissements sur la base de réseaux de prise en charge, mais aussi sur la base d'exploitation commune d'équipements par la création de Groupements d'Intérêts Économiques avec d'autres établissements. Par conséquent, l'établissement E souhaite réaliser un diagnostic de sa structure financière pour connaître son potentiel d'investissement, et celui des établissements concurrents, et ainsi, apprécier les forces et faiblesses financières de chacun. La mise en œuvre de processus de soins implique la mobilisation de capitaux de plus en plus importants.

Cette analyse a été réalisée à partir des documents financiers des cinq établissements privés commerciaux et de l'établissement E (un établissement PSPH) pour les années 1996 et 1995. Nous avons dégagé de ces documents financiers les postes clefs nous permettant d'étudier la structure financière des établissements, leur compte de résultat de 1996 puis l'évolution de ce compte de résultat par rapport à 1995. Toute analyse comparative doit être réalisée avec prudence compte tenu des spécificités du secteur sanitaire en termes de financement et d'autorisations.

L'analyse financière est particulièrement difficile dans le secteur de la santé dans la mesure où de nombreux biais juridiques et organisationnels obèrent la pertinence de toute analyse. En effet, derrière l'entité clinique se cache de nombreuses structures, de nombreuses sociétés civiles qui participent à l'activité médicale. La notion de produit total d'exploitation n'a pas la même signification selon qu'il s'agit d'un établissement privé ou public. Le budget de l'établissement public est un « tout compris ». Le budget des établissements privés ne comprend pas le montant des honoraires des médecins. Ces difficultés ne doivent pas être un prétexte pour refuser toute analyse, au nom de l'impossible précision.

Du côté du privé, la clinique BE réalise à elle seule 76 % du chiffre d'affaires des autres établissements. Par rapport au chiffre d'affaires de l'ensemble du privé, la clinique BE représente 43 % de ce chiffre d'affaires. Le résultat d'exploitation de la seule clinique BE est égal à 1,7 fois l'ensemble des résultats d'exploitation des autres cliniques. De plus, la clinique BE dispose d'une réserve d'endettement considérable qui s'ajoute à la trésorerie déjà existante (27 % du CA). Ces éléments montrent le rôle important que devrait être amenée à jouer la clinique BE dans les années à venir, d'autant que la clinique V et la clinique BA pourraient connaître des difficultés financières au cours de cette même période.

Tableau 68 : Éléments du bilan des établissements (1996)

1996	E	Clinique C	Clinique BE	Clinique BA	Clinique M	Clinique V
Actif immobilisé brut	146 225 099	57 066 307	55 057 456	64 236 556	7 579 417	7 112 723
Amortissements cumulés	63 526 377	33 030 706	32 026 156	19 964 018	3 719 655	3 620 037
Provisions cumulées	462 910	40 722	46 038	61 635	23 301	413 584
Actif circulant	36 528 534	9 378 173	12 383 059	12 474 636	5 795 819	5 984 595
Trésorerie (disponibilités et VMP)	6 761 878	7 436 364	42 662 155	2 753 313	2 710 911	4 864 154
Capitaux propres	28 389 534	18 829 706	27 252 967	18 904 548	369 030	4 222 995
dont résultat	164 380	2 383 908	6 232 474	-951 467	-31 950	-1 308 643
Provisions pour risques et charges	0	1 137 074	1 7464 169 (pour litige)	2 036 219	0	4 222 995
Emprunts et dettes auprès des établissements de crédit	58 700 806	6 367 462	0	19 139 682	5 353 774	1 674 000
Autre passif cumulé	38 435 883	35 049 971	35 256 040	19 683 130	5 697 158	5 194 856

Tableau 69 : Éléments du compte de résultat (1996)

ÉLEMENTS DU COMPTE DE RESULTAT 1996	E	Clinique C	Clinique BE	Clinique BA	Clinique M	Clinique V
Produit total des exploitations	172 871 552	90 560 065	153 020 731	68 896 134	27 064 385	16 583 160
Salaires traitement et charges sociales	102 447 645	36 945 393	76 592 137	32 260 524	3 971 674	11 623 483
Dotations amortissements d'exploitation	9 993 847	3 898 142	3 802 146	3 658 672	804 206	843 944
Dotations aux provisions	396 000	40 722	46 038	09 635	23 301	0
Résultat d'exploitation	4 673 233	4 496 052	10 846 449	3 809 246	2 133 394	-4 074 283
Résultat financier	-4 307 962	-180 411	866 270	-409 155	-344 221	376 198

Tableau 70 : Éléments du compte de résultat (1995)

ÉLEMENTS DU COMPTE DE RESULTAT 1995	E	Clinique C	Clinique BE	Clinique BA	Clinique M	Clinique V
Produit total des exploitations	167 235 935	82 467 152	149 046 056	62 128 834	19 629 269	17 146 455
Salaires traitement et charges sociales	100 185 586	34 438 239	72 284 701	33 325 937	3 765 814	10 460 679
Dotations aux amortissements	8 104 179	3 841 644	3 421 208	3 000 302	759 619	858 885
Dotations aux provisions	529 311	25 948	15 459	52 000	00 000	
Résultat d'exploitation	3 622 588	4 062 160	11 885 894	822 161	-1 349 081	-2 953 522
Résultat financier	-2 884 642	-87 722	1 669 174	-62 160	-363 724	628 892

Tableau 71 : Fonds de roulement, BFR et trésorerie des établissements (1996)

1996	E	Clinique C	Clinique BE	Clinique BA	Clinique M	Clinique V
Fonds de Roulement (FR)	4854529	1 718 389	25 785 158	-8 046 352	-102 545	5 893 496
Besoin en FR	-1426599	-5 717 978	-16 876 996	-10 799 666	-2 313 406	1 029 342
Trésorerie	6281131	7 436 367	42 662 154	2 753 314	2 210 861	4 864 154

- Le ratio "Salaires et traitements/CA" est de 0,6 pour l'établissement E, ce ratio se situe en moyenne entre 0,7 et 0,8 pour les établissements publics. Par conséquent, le ratio de l'établissement E apparaît relativement faible. Ceci corrobore les résultats des questionnaires auprès des patients qui soulignent un certain manque de personnel.
- Les charges financières sont élevées en raison du montant important du poste « emprunt et dette auprès des établissements de crédit ». La clinique BE en revanche a un résultat financier positif (866 KF) en raison du montant important des valeurs mobilières de placement détenues (32 148 KF).
- Les charges financières sont équivalentes au résultat d'exploitation pour l'établissement E. Le système de budget global a favorisé l'endettement des établissements publics et PSPH, mais alourdit la structure de l'établissement E pour l'avenir.
- La clinique BE a un résultat d'exploitation deux fois plus élevé que l'établissement E, qui peut s'expliquer notamment par le montant des dotations aux amortissements d'exploitation plus important pour l'établissement E. Le poste « immobilisations corporelles » est élevé ce qui explique le montant important des dotations aux amortissements.

Tableau 72 : Évolution financière des établissements (1996-1995)

Evolution 1996/1995	E	Clinique C	Clinique BE	Clinique BA	Clinique M	Clinique V
Produit total des exploitations	3%	10%	3%	11%	38%	-3%
Salaires traitement et charges sociales	2%	7%	6%	-3%	5%	11%
Dotations aux amortissements	23%	1%	11%	22%	6%	-2%
Dotations aux provisions	-25%	57%	198%	-81%		
Résultat d'exploitation	29%	11%	-9%	363%	258%	-38%
Résultat financier	-49%	-106%	-48%	-558%	5%	-40%

N.B. : La variation des résultats financiers de l'établissement MC et de la clinique BA est non significative en valeur absolue.

L'augmentation du résultat d'exploitation de 363 % de la clinique BA s'explique par une hausse importante du CA et un résultat d'exploitation de 1995 relativement faible. On retrouve la même explication pour la variation de 258 % du résultat d'exploitation M. La variation du résultat d'exploitation de l'établissement E est de 29 % ce qui traduit une bonne évolution de l'activité de cet établissement : son CA augmente de 3 % ce qui montre que les charges d'exploitation ont faiblement augmenté. L'établissement E parvient à réduire ses coûts ce qui lui permettra d'augmenter son volume d'activité. La clinique BE voit son résultat d'exploitation diminuer en raison des charges d'exploitation qui ont augmenté plus que le CA. L'établissement E connaît une évolution satisfaisante

sur l'année 1996 qui laisse présager d'un potentiel de développement intéressant. En effet, elle est parvenu à diminuer ses coûts tout en adoptant une politique d'amélioration de la qualité.

4.2.6. L'attractivité de l'établissement E : une bonne image locale

Pour établir une analyse de l'attractivité sur l'agglomération nous avons relevé dans les données du rapport général de la CRAM les principales zones d'attractivité des établissements de ce canton. Les pourcentages donnés représentent la part de patients provenant d'un canton par rapport au nombre total de patients de l'établissement.

Nous avons retenu les cantons constituant en cumulé environ 60 % de la zone d'attraction globale de chaque établissement (hormis pour le CHU qui a une clientèle très disparate compte tenu de son statut). En effet au-delà de 60 % l'attractivité des cantons est marginale et considérée comme non significative (inférieure à 3 % et/ou non stable dans le temps).

Tableau 73 : Principales zones d'attractivité des établissements du canton

Source : Rapport général de la CRAM avril 1995

En % du nombre total de patients	E	Clinique BA	Clinique BE	Clinique C	Clinique V	CHU
Canton des établissements	34,48	29,29	13,93	27,77	20,03	20,63
Canton F	16,92	12,12	8,01	7,87	20,98	7,43
Canton EP	5,64	5,74	5,67	8,88	7,97	6,54
Canton V	6,05	5,37	4,85	7,02	7,16	
Canton SE	5	5,05	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Canton MH	n.s.	n.s.	7,67	4,73	n.s.	n.s.
Canton D	n.s.	n.s.	4,96	n.s.	n.s.	n.s.
Canton VI	n.s.	n.s.	4,8	n.s.	5,04	n.s.
Canton M	n.s.	n.s.	4,09	n.s.	n.s.	n.s.
Canton VO	n.s.	n.s.	n.s.	4,31	n.s.	n.s.

n.s. = non significatif

La zone d'attractivité des établissements est sensiblement identique et s'étend sur les cantons limitrophes de leur ville.

Par rapport aux autres établissements du canton, c'est l'établissement E qui a la plus forte proportion d'hospitalisés provenant de ce canton : 34,5 % de ses patients proviennent de la ville elle-même. Au sein de ce canton, l'établissement exerce une bonne attractivité. Sur l'ensemble des hospitalisés de la ville, 12,7 % sont hospitalisés à l'établissement E. L'établissement E se place juste derrière le CHU (33 % de cette même population) en termes d'attractivité sur la ville. E représente le deuxième lieu d'hospitalisation pour les habitants. L'établissement E exerce son influence sur les cantons situés au centre et à l'ouest de la ville tandis que la clinique BE a une zone d'attractivité s'étendant plus vers l'est. L'accessibilité par l'ouest de l'hôpital E lui confère un atout pour renforcer cette zone d'attractivité.

Nous avons réalisé une analyse de l'attractivité de l'établissement E à partir des données RUM. Le Département d'Information Médical (DIM) de l'établissement E a fourni les données anonymisées concernant 14 000 RUM. À chaque RUM étaient rattachés la provenance géographique du patient et le médecin traitant.

Nous avons retraité ces données afin de déterminer les zones d'attractivité par département (médecine, chirurgie, obstétrique) pour en dégager des caractéristiques propres à chacun.

Tableau 74 : Provenance des patients en chirurgie

Cantons	Nombre de RUM	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Canton des établissements	1 204	35 %	35 %
Canton F	494	15 %	50 %
Canton EP	119	3 %	53 %
Canton SE	137	4 %	57 %
Canton M	92	3 %	60 %
Canton V	141	4 %	64 %

Tableau 75 : Provenance des patients en médecine

Cantons	Nombre de RUM	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Canton des établissements	1 787	40 %	40 %
Canton F	684	15 %	55 %
Canton EP	209	5 %	60 %
Canton SE	130	3 %	63 %
Canton M	88	2 %	65 %
Canton V	77	2 %	67 %

Tableau 76 : Provenance des patients en obstétrique

Cantons	Nombre de RUM	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Canton des établissements	680	31 %	31 %
Canton F	284	13 %	44 %
Canton EP	80	4 %	48 %
Canton SE	78	4 %	52 %
Canton M	92	4 %	56 %
Canton V	48	2 %	58 %

La zone d'attractivité de l'hôpital reste sensiblement la même quelle que soit l'activité (médecine, chirurgie ou obstétrique). Cependant les cantons représentent 58 % de la zone d'attractivité pour l'obstétrique alors qu'ils représentent 65 % pour les deux autres

activités. Les patientes ont une origine géographique plus étendue pour l'obstétrique et, bien que toujours prononcée sur l'ouest du canton des établissements, elle s'étend aussi vers les cantons E (2 %) et SE (2 %) à l'est et V (2 %) au Nord.

En matière d'obstétrique, l'établissement E bénéficie d'un effet de réputation qui amplifie sa zone d'attractivité. Cette idée est confortée par l'analyse des questionnaires auprès des patientes du service obstétrique : pour les patientes, la proximité géographique n'est pas le seul facteur déterminant dans le choix de l'établissement de santé, d'autant plus que certaines patientes sont contraintes par une localisation géographique reculée. Elles sont prêtes à prendre un peu plus de temps de transport pour avoir un service de qualité. Le fait que cette zone d'attractivité soit étendue reflète bien la bonne réputation de l'hôpital pour l'obstétrique.

En ce qui concerne la médecine et la chirurgie, la zone d'attractivité tend vers l'ouest du canton. Si nous affinons cette analyse par médecin, nous constatons que certains praticiens ont une zone d'influence très étendue en raison de leur réputation. Ceci prouve que l'établissement E peut envisager de renforcer sa zone d'attractivité en améliorant sa réputation et la qualité des soins dispensés pour toutes les activités qu'elle entend exercer. En effet, il se dégage des questionnaires auprès des patients dans ces services que l'amélioration continue de la qualité des soins à l'établissement E reste méconnue. La réputation de cet établissement est encore trop souvent fondée sur l'activité antérieure aux années quatre-vingt.

4.3. SYNTHESE DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic global de l'établissement E s'établit alors en commun avec l'ensemble des acteurs sur quatre principaux résultats :

- L'établissement E est moyennement placé sur le secteur en termes quantitatifs d'activité et de part de marché. Son activité est par conséquent fragile du fait d'une concurrence très forte du CHU sur les disciplines médicales et de réanimation et des cliniques privées sur les disciplines chirurgicales et obstétricales.
- La productivité de l'établissement est moyenne elle aussi.
- La qualité des soins est bonne et l'établissement jouit d'une bonne image locale sur son agglomération.
- Le potentiel financier permet d'envisager des développements intéressants.

En clair l'établissement ne peut se reposer sur son activité telle qu'elle est au risque d'être marginalisé du fait de la concurrence accrue et des restructurations qui s'opèrent entre les établissements à but lucratif de l'agglomération. L'établissement E doit mettre en place une stratégie pour conforter son positionnement.

SYNTHESE CHAPITRE VII

La phase *diagnostic* permet la mise en perspective des enjeux et ouvre le champ des possibles stratégiques pour nos trois établissements. Face au risque de devenir un hôpital local, les acteurs de V prennent conscience qu'il existe des points forts sur lesquels s'appuyer pour définir une nouvelle forme de réponse aux besoins de la population du secteur sanitaire. Les acteurs de l'établissement MC, quant à eux, prennent conscience qu'il existe certaines activités sur lesquelles ils ont une position dominante, mais que les évolutions technologiques et médicales font que certaines disciplines doivent être repositionnées dans l'établissement, au risque de s'éteindre peu à peu. L'établissement E, enfin, face à l'enjeu de marginalisation de son activité, voit qu'il a un potentiel non négligeable, tant financier que par rapport à son activité qui est de qualité, et a sa place dans l'agglomération.

Conduire les acteurs d'une organisation à un diagnostic partagé de son activité n'est pas évident. Justement parce que chacun des acteurs a une représentation particulière de l'activité de l'établissement et ne l'appréhende qu'au travers de sa propre grille de lecture et de ses ressentis personnels. Ainsi, les acteurs de l'hôpital V étaient-ils persuadés que leur activité était mauvaise et leurs conditions de travail relativement difficiles. Faire admettre le diagnostic concernant la qualité des prestations ne fut pas trop difficile, mais faire admettre le diagnostic d'une mauvaise organisation du travail, par exemple, fut beaucoup plus difficile. De même pour l'établissement E, l'adhésion des acteurs au diagnostic ne fut pas immédiate. En effet, les acteurs se reposaient, à juste titre, sur la qualité de leur activité, et ont eu du mal à accepter, que malgré cette qualité et malgré un nombre de patients croissant, l'établissement n'était pas si bien positionné que cela et devait réfléchir à d'autres modes de faire. La problématique fut du même ordre pour l'établissement MC.

Pour chacun de ces établissements, les difficultés inhérentes à la définition d'un diagnostic commun ont été surmontées en mobilisant l'information pertinente pour les acteurs. Sur la base de celle-ci, ils ont pu confronter leur lecture des données et négocier les enseignements à en conserver.

Chapitre VIII

Vision partagée des acteurs sur les priorités de la performance

La spécialisation accrue des professionnels et la prépondérance d'un plateau technique de plus en plus coûteux conduisent à une spécialisation et à une concentration des établissements. Dans cette logique, les SROS de deuxième génération ont établi le principe d'une offre graduée de soins en définissant des niveaux de prise en charge. Ainsi chaque établissement se voit attribuer des objectifs spécifiques de prise en charge. L'activité des hôpitaux change de logique : d'une logique du « tout prendre en charge » à une logique de « prendre en charge selon leurs missions ». Ceci renvoie alors aux trois questions du *faire*, du *faire-faire*, et du *faire en partenariat*. Les établissements doivent définir leurs priorités et les segments d'activité sur lesquels ils se positionnent. Ceci implique en contrepartie de renoncer à certaines activités.

A cette première contrainte, s'ajoute le fait que, au sein même de l'organisation, certaines dimensions de la performance sont contradictoires et conduisent alors à devoir les pondérer selon les enjeux et les diagnostics réalisés. Nous avons présenté dans le chapitre introductif le fait que l'hôpital est soumis à des critères de performance antinomiques : proximité versus taille critique, gamme complète des soins *versus* normes de sécurité des soins, spécialisation *versus* besoin de prise en charge globale. Ces dimensions coexistent et doivent faire l'objet non pas de polémiques sur le bien fondé de leur existence, mais l'objet de choix, donc de renoncements.

Après avoir mobilisé l'ensemble des acteurs sur les enjeux de la démarche et suite à l'établissement d'un diagnostic accepté par tous sur l'activité de l'établissement, la troisième condition nécessaire à la vision partagée de la performance est sa capacité à fixer des priorités. Toutes les dimensions implicites et explicites en présence de la performance ne peuvent être satisfaites en même temps : par exemple, l'amélioration de la continuité de la prise en charge, par la création de pôles médico-chirurgicaux et la mise en commun des lits de différentes spécialités, se heurte à la logique de territoire des praticiens, pour qui la *possession* de lits dans un service est un critère de performance professionnelle.

Cette impossibilité à satisfaire toutes les dimensions conduit à devoir établir une pondération de celles-ci pour dégager les axes prioritaires de l'organisation, pour les cinq années à venir. La définition d'axes prioritaires conduit nécessairement à « mettre de côté » certaines dimensions de la performance, voire à renoncer définitivement à certaines. Or, si les choix sont généralement aisés à réaliser, les renoncements que ceux-ci imposent engendrent de nombreuses tensions entre les acteurs. La phase de définition des priorités est un des troisième points potentiels d'achoppement de la construction de référentiels partagés de performance de l'établissement.

Nous présentons dans ce chapitre les choix réalisés au sein de chacun des établissements et les renoncements que ces choix impliquent pour les acteurs.

Ce chapitre est composé de trois sections :
Section 1 – Le cas V : une réorganisation interne comme axe prioritaire
Section 2 – Le cas MC : une impossibilité de faire des choix
Section 3 – Le cas E : des coopérations comme axe prioritaire

1. LE CAS V : UNE REORGANISATION INTERNE COMME AXE PRIORITAIRE

Partant des éléments du diagnostic, des axes structurants du projet ont été définis avec une volonté d'anticipation et d'innovation organisationnelle. Les orientations ont alors été définies sur la base de slogans forts diffusés dans l'établissement.

Les mots-clefs du nouveau construit social :
- Remettre le patient le plus rapidement possible dans le circuit : accélérer les processus de sortie ; éviter les entrées inutiles ; traiter plus rapidement.
- « Soigner les gens debout », n'hospitaliser que lorsque l'on ne peut pas faire autrement. Donc, développer toutes les alternatives à l'hospitalisation possibles. Ne plus faire de l'hospitalisation une priorité.
- Donner la priorité au programmé : médecine, obstétrique et chirurgie traditionnelles et ambulatoires.

Ces axes structurants renvoient à un changement radical de logique :
- L'hôpital s'est construit sur l'objectif d'hospitalisation pour soigner les individus.
- L'hôpital s'est construit sur une non-distinction des caractéristiques des individus.
- L'hôpital s'est construit sur la volonté de vouloir répondre à tous les besoins des patients en interne. Chercher des alternatives à l'hospitalisation, donner la priorité au programmé, accélérer les processus de sortie sont des éléments qui conduisent à une autre forme d'organisation de l'activité et à d'autres logiques de comportement des acteurs, là où certains sont dans l'établissement depuis de nombreuses années.

Les corollaires de ces axes structurants :
- Sortir du fatalisme des urgences qui perturbent inévitablement le bon fonctionnement de l'hôpital et du manque de moyens qui ne permet pas d'assurer une prise en charge idéale.
- Penser en termes de filières de soins et réfléchir autour du soin et des questions :

  Quelles pathologies prendre en charge seul ?
  Quelles pathologies prendre en charge avec d'autres ?
  Quelles pathologies ne plus prendre en charge ?
  Quelles pathologies faire prendre en charge par d'autres ?

  Ceci afin de recentrer les missions de l'hôpital dans le cadre de la régulation régionale et de recentrer les activités correspondantes.
- Repenser les modes de prises en charge : partir des ressources ou du « comment ? » au « pourquoi ? » : travailler en « budget zéro » et bâtir de véritables tableaux de bord.

Le changement de logique conduit à modifier les fondements de l'organisation. Celle-ci ne doit plus être centrée sur les disciplines médicales et médico-techniques mais sur les caractéristiques des patients. Une autre forme de différenciation de l'activité est envisagée :

- **Différencier l'activité programmée des urgences** : le traitement de l'activité programmée et des urgences doit être différencié pour que les urgences ne parasitent pas le programmé et inversement.
- **Différencier les urgences** : distinguer les urgences vitales des urgences légères. 80 % des passages aux urgences relèvent de consultations de généraliste. Or ces consultations sont fortement consommatrices de ressources humaines et embolisent le service d'urgences en plus de créer du mécontentement chez les patients qui doivent attendre de longues heures pour être pris en charge. L'organisation des urgences est envisagée avec un système de tri des patients à l'accueil et une orientation des patients relevant de consultations générales vers des médecins généralistes.
- **Créer des pôles d'activité médico-économique** : le regroupement des activités de chirurgie orthopédique, de rhumatologie et de soins de rééducation est envisagé pour assurer une prise en charge globale du patient. Volonté de décloisonner la médecine des activités de chirurgie.
- **Revoir l'organisation du plateau technique** : le bloc opératoire a une amplitude quotidienne d'ouverture de huit heures (de 8 heures du matin à 16 heures) avec un taux d'occupation de 54 %.
- **Maîtriser l'amont et l'aval :** l'hôpital est pris en étau entre des entrées par les urgences dont il ne contrôle ni le nombre ni les caractéristiques et des sorties difficiles quand les personnes ne peuvent rentrer directement chez elles après la période thérapeutique réalisée par l'hôpital. Ceci accentue l'embolie des services d'hospitalisation et la difficulté du service des urgences à trouver des lits disponibles. Par conséquent, l'établissement souhaite développer des coopérations avec d'autres entités du système. Créer un réseau de prise en charge de la gérontologie ; développer des réseaux de coopération avec des établissements de soins de suite et de réadaptation ; développer les alternatives à l'hospitalisation et les nouveaux modes de prise en charge (réaliser les chimiothérapies dans des fauteuils et non couchés et étendre les horaires de ce traitement à la nuit et au week-end) ; développer les coopérations avec les établissements psychiatriques.
- **Prévention et éducation à la santé** : l'hôpital sentinelle de la santé publique, donc l'hôpital ne doit plus différencier ce qui relève du curatif et ce qui relève du préventif.
- **L'administration et le système de gestion** : articuler le global et le local. La gestion ne doit plus être différenciée globalement mais être intégrée dans chacun des services pour une articulation du global et du local. Il ne doit plus y avoir d'un côté les services administratifs et de l'autre les services médiaux et médico-techniques.

Tableau 77 : Les nouvelles différenciations de l'activité

Les rapprochements nécessaires	Les différenciations nécessaires
Médical et chirurgical Somatique et psychique Sanitaire et social Préventif et curatif Général et spécialisé Gestion et médical	Programmé et urgences Urgences vitales et urgences Légères Gérontologie, pédiatrie Actes ponctuels et actes chroniques

Nous présentons dans cette section les priorités qui constituent aujourd'hui les projets de l'établissement. Deux priorités primordiales se dégagent et font l'objet d'une réflexion sur les moyens à mettre en œuvre, pour y répondre rapidement : la constitution d'une unité de diagnostic et de traitement rapide pour résoudre rapidement le problème des urgences, et la construction d'un nouveau plateau technique pour résoudre les problèmes de délais d'intervention, qui dépassent aujourd'hui les six mois, pour certains praticiens. Une troisième orientation, afférente à la continuité et à la globalité de la prise en charge par la constitution de pôles médico-chirurgicaux, est apparue moins prioritaire que les deux premières, et constitue une orientation à plus long terme de l'organisation de l'établissement. Pour les cinq années à venir, l'établissement se concentre alors sur les deux première priorités énoncées. Nous présentons dans cette section la nature de ces priorités et leurs enjeux.

1.1. LA REPONSE AUX PROBLEMES DES URGENCES : UNE PREMIERE PRIORITE A COURT TERME

Les problèmes rencontrés par le service des urgences du CHV sont communs à l'ensemble des services des urgences en France : augmentation des passages et difficultés à trouver des lits de dégagement.

Une réflexion a été menée au sein du CHU situé à proximité sur les scénarios possibles d'organisation des urgences avec quatre scénarios envisagés. Nous présentons une synthèse de ceux-ci[386].

Scénario 1 : le service d'urgences intègre seulement l'accueil et des lits d'hospitalisation de courte durée (mois de 24 heures). Ceci implique une forte participation des services de spécialité, qui doivent rapidement répondre aux besoins de l'urgence : à la fois en lits mais aussi en avis spécialisés ou consultations non programmées. Le dégagement continu des lits d'urgence impose des lits réservés dans les services de spécialité et une organisation médicale permettant d'admettre des patients tous les jours.

Scénario 2 : la présence de lits d'urgence assurant une hospitalisation d'environ 48 heures permet de régler certains problèmes ou d'assurer une zone tampon avant les

[386] Pignard N., Couchoud C., « réflexions en cours sur l'organisation des urgences », *Dire*, n° 68, février-mars 2001.

services de spécialité. Le problème du dégagement reste important et n'exclut pas la participation des services de spécialité.

Scénario 3 : dans un service de médecine ou de chirurgie partagé, les lits ne sont plus étiquetés dans une spécialité mais en fonction des besoins des patients qui se verront attribuer un médecin référent selon leur pathologie. Le fonctionnement de ces services de lits partagés est assuré par les médecins spécialistes. Ceci pourrait permettre une souplesse plus grande vis-à-vis de besoins très fluctuants de dégagement des urgences.

Scénario 4 : envisager la création de 2 pôles dans l'hôpital, un pôle des urgences et un hôpital programmé. Les patients entrant par les urgences seraient entièrement pris en charge dans l'hôpital des urgences jusqu'à leur sortie, ainsi que les entrées non programmées ou les replis des services de spécialité. Ceci implique une forte mobilité des spécialistes qui devraient être présents dans les 2 pôles.

Tableau 78 : les quatre scénarios envisagés

	Forces	Faiblesses	Facteurs clés de succès
Scénario 1 : Unité d'hospitalisation de courte durée	■ Implication forte des spécialistes	■ Source de conflit ■ Manque de certaines spécialités	■ Règles du jeu institutionnelles ■ Travail en réseau ■ Lits réservés ■ Services de médecine polyvalents
Scénario 2 : Service d'hospitalisation d'urgences	■ Services tampons ■ Personnels formés ■ 24 h / 24 h ■ Mutations sécurisées	■ Désengagement des spécialistes ■ Manque de flexibilité	■ Avis spécialisés rapides ■ Travail en continu 24h / 24h ■ Filières de dégagement efficaces
Scénario 3 : Lits partagés	■ Remplissage optimal ■ Adaptation qualitative à la demande ■ Hôpital centré sur le patient	■ Perte de spécificité du personnel paramédical ■ Volume du service ?	■ Bonne collaboration entre les médecins (gestion collégiale) ■ Nombre de lits modulable ■ Présence de médecins polyvalents
Scénario 4 : Hôpital des Urgences	■ Continuité des soins ■ Activité programmée mieux organisée ■ Patient au centre	■ Risque d'une médecine à deux vitesses ■ Grande mobilité	■ Règles du jeu institutionnelles ■ Nombre de lits adapté

Pour chacun de ces scénarios ont été analysées les forces et les faiblesses ainsi que les facteurs clef de succès. Il s'avère que compte tenu de la taille du CHV le scénario 4 n'est pas envisageable. Les acteurs du CHV s'orientent vers les scénarios 2 et 3. La création d'une unité tampon entre le service des urgences et les services de spécialité est envisagée afin de régler les problèmes de lits des urgences et d'éviter l'entropie qu'amènent les urgences dans l'activité programmée des services de spécialité. Cette unité doit prendre en charge les patients provenant des urgences pendant 48 heures le temps de réaliser les actes diagnostics rapidement afin de déterminer s'ils doivent aussitôt être intégré dans les services de spécialité ou être programmés pour une intervention ultérieure. Cette unité est nommée Unité de Diagnostic Rapide.

Ce scénario est couplé avec le scénario 3 pour une meilleure utilisation des lits d'une part, pour éviter au patient des mutations internes entre les spécialités d'autre part ; et enfin pour favoriser la coordination des praticiens autour des patients.

Dans une telle orientation, de nombreux critères de performance s'affrontent : le critère d'amélioration du diagnostic et du traitement des urgences face aux critères d'affectation des lits à chaque praticien, face au critère de programmation des examens de biologie et de radiologie. Les praticiens sont relativement d'accord sur l'intérêt d'une telle unité en termes de qualité de prise en charge des urgences, mais uniquement si cette unité est créée en plus de leur service, et ne vient pas ponctionner une certaine quantité de leurs ressources. Le renoncement est ici très difficile à faire accepter.

1.2. DESSERRER LA CONTRAINTE DU BLOC OPERATOIRE : UNE DEUXIEME PRIORITE A COURT TERME

Le bloc opératoire est un goulet d'étranglement primordial de l'activité du CHV. Le manque de plages horaires disponibles pour les praticiens grève fortement l'activité chirurgicale, ce qui conduit à des ratios de productivité en termes de KC pas très bons comme nous l'avons vu dans la partie diagnostic de cette étude de cas. Nous avons par conséquent réalisé une étude sur le bloc opératoire du CHV afin de comprendre les causes de cette apparente insuffisance d'activité chirurgicale.

A cette fin, nous avons mené une étude comparative sur le bloc opératoire (bloc opératoire uniquement, c'est-à-dire sans le bloc obstétrical) et le service d'anesthésie de trois établissements : le CHV, un établissement privé participant au service public hospitalier de 348 lits et enfin un établissement privé à but lucratif de 92 lits. Pour cette étude, nous avons tenu à intégrer un établissement privé pour faire apparaître les disparités dans l'information et dans les analyses de gestion entre les secteurs publics et privés hospitaliers.

1.2.1. Calcul des coûts de l'activité chirurgicale

Pour chacune des unités, nous avons réalisé un compte de résultat sur l'année 1998 afin de mettre en perspective les coûts avec l'activité réalisée.

L'affectation des charges :

Nous avons retenu, dans le calcul des coûts pour affecter les charges au service d'anesthésie et au bloc opératoire, la méthode de répartition de l'étude nationale des coûts mise en place par le ministère pour calculer les Indices de Coûts Relatifs (ICR) des services médico-techniques pour les établissements publics et PSPH. Cette méthode ne retient que les charges directes pour limiter l'aspect conventionnel de la répartition des charges indirectes et surtout pour pouvoir comparer les services d'un établissement à l'autre en n'intégrant pas les charges de structure et administratives qui jouent fortement sur la variabilité des coûts d'un établissement à l'autre.

Nous calculons par conséquent des « coûts directs » pour chacune des entités. En revanche, pour l'établissement privé à but lucratif nous avons travaillé sur les coûts complets c'est-à-dire en prenant en compte toutes les charges directes et indirectes, ceci afin de pouvoir comparer les coûts obtenus à la valorisation correspondante par l'Assurance Maladie. Les systèmes de financement diffèrent entre le secteur sous dotation globale et le secteur au prix de journée, et les répercussions sur les méthodes de calcul sont importantes notamment du fait du mode de traitement des revenus des praticiens et des remboursements à l'acte et aux consommables (le cas des prothèses par exemple) dans le privé sous prix de journée. L'harmonisation des données nécessite d'avoir des informations sur les honoraires de médecins, entre autres, que nous ne parvenons généralement pas à obtenir. En 1999, pour la première année, une approche de l'activité des cliniques privées par le biais du PMSI a été tentée pour un échantillon de 80 établissements[387], mais les honoraires des médecins, le sang et les prothèses ne sont pas compris dans le coût moyen calculé des GHM, par conséquent, aucune comparaison n'est encore possible entre les deux secteurs.

Nous nous situons du point de vue de l'établissement uniquement, et non du point de vue du coût global pour la société. Par conséquent, seules les charges supportées effectivement par l'établissement nous intéressent.

[387] CTC Conseil, op. cit.

Tableau 79 : Les charges à affecter

Nature de la charge	CHV 1998	PSPH 1998	Privé 1998
Personnel médical	Salaires bruts et charges sociales de 1998. Affectation au prorata du temps de travail passé entre les différentes activités d'hospitalisation, de consultations et d'interventions au bloc opératoire. Cette répartition nous a été donnée par les praticiens eux-mêmes (cf. tableaux 2 et 3).	Idem CHV	Non pris en compte dans le calcul des coûts car honoraires versés par la Sécurité Sociale.
Personnel non médical	Salaires bruts et charges sociales du personnel spécifique au bloc et à l'anesthésie pour 1998.	Idem CHV	Idem CHV
Personnel autre	Salaires bruts et charges sociales	Idem	Idem
Médicaments	Consommation réelle de 1998	Idem	Idem
Consommables médicaux	Consommation réelle de la période. Les charges de prothèses sont affectées au bloc.	Idem CHV	Certains font l'objet d'une facturation distincte (prothèse).
Amortissement et maintenance	L'amortissement et la maintenance ne concernent que le matériel du bloc opératoire. Les charges de structure ne sont pas affectées pour éviter l'effet de structure.	Idem CHV	Coût complet.
Logistique médicale	Concernant directement l'unité	Idem CHV	Coût complet

Tableau 80 : Répartition de l'activité des chirurgiens au CHV

Hôpital V	1998					
	Hospitalisa-tion	CS	Bloc Central	Bloc Obstétrical	Total	% du bloc par service
Chirurgie Viscérale	645 336	133 938	438 341		1 217 615	36%
Chirurgie Viscérale	333 812	147 270	500 718		981 800	51%
Chirurgie Orthopédique	821 514	586 796	938 873		2 347 183	40%
Gynécologie-Obstétrique	1 098 499	823 874	396 680	757 759	3 076 812	38%
TOTAL	2 899 161	1 691 878	2 274 612	757 759	7 623 410	30%
Répartition par activité en %	38%	22%	30%	10%	100%	

Les chirurgiens ont une activité répartie en moyenne pour 40 % sur l'ensemble des interventions chirurgicales réalisées au bloc opératoire et au bloc obstétrical. L'activité du seul bloc opératoire correspond à 30 % de l'activité des chirurgiens. L'activité d'hospitalisation correspond à 38 % et les consultations à 22 %.

Tableau 81 : Répartition de l'activité des anesthésistes réanimateurs.

Hôpital V	1998				
	Hospitalisation	CS	Anesthésie	Total	% activité anesthésie
Réanimation	2 585 069		26 112	2 611 181	1%
Anesthésie		611 078	1 425 849	2 036 927	70%
TOTAL	2 585 069	611 078	1 451 961	4 648 108	31%

L'activité des anesthésistes réanimateurs se compose de l'activité de réanimation réalisée généralement en service de réanimation et de l'activité d'anesthésie réalisée pour les interventions au bloc opératoire. Nous constatons que, dans le service de réanimation, les anesthésistes-réanimateurs ont une activité d'anesthésie correspondant à 1 % de leur activité dans ce service. Au bloc opératoire, les anesthésistes-réanimateurs ont une activité de réanimation équivalente à 30 % de leur activité dans ce service. Au total, l'activité d'anesthésie correspond à 31 % de l'activité totale des anesthésistes-réanimateurs. Pour le calcul des coûts, les salaires ont été affectés au prorata de 31 % pour l'affectation des charges de personnel médical.

Tableau 82 : Charges affectées au service d'anesthésie et au bloc opératoire du centre hospitalier général

Hôpital V en 1998	Bloc Central	% du total	Hôpital V en 1998	Anesthésiologie	% du total
Personnel Médical	2 382 617	25,8%	Personnel Médical	1 451 961	22,5%
Personnel Soignant	3 785 157	41,0%	Personnel Soignant	3 125 220	48,5%
Personnel Autre	54 554	0,6%	Personnel Autre	241 507	3,7%
Médicaments	108 984	1,2%	Médicaments	733 475	11,4%
Consommables Médicaux	1 687 006	18,3%	Consommables Médicaux	513 122	8,0%
Amortissements Maintenance	1 071 793	11,6%	Amortissements Maintenance	292 370	4,5%
Logistique Médical	148 855	1,6%	Logistique Médical	89 876	1,4%
TOTAL	9 238 966	100,0%	TOTAL	6 447 532	100,0%
Charges variables	*1 795 990*	*19,4%*	*Charges variables*	*1 246 598*	*19,3%*
Charges semi-variables	*2 382 617*	*25,8%*	*Charges semi-variables*	*1 451 961*	*22,5%*
Charges fixes	*5 060 359*	*54,8%*	*Charges fixes*	*3 748 973*	*58,1%*

Tableau 83 : Charges affectées au service d'anesthésie et au bloc opératoire de l'établissement privé PSPH.

PSPH 1998	Bloc Central	% du total
Personnel Médical	7 101 811	28,4%
Personnel non médical	9 831 951	39,3%
Médicaments	179 674	0,7%
Consommables Médicaux	6 365 612	25,4%
Maintenance	339 980	1,4%
Amortissements	1 212 068	4,8%
TOTAL	25 031 096	100,0%
Charges variables	*6 545 286*	*26,1%*
Charges semi-variables	*7 101 811*	*28,4%*
Charges fixes	*11 383 999*	*45,5%*

PSPH 1998	Anesthésiologie	% du total
Personnel Médical	9 983 833	52,3%
Personnel non médical	6 617 777	34,6%
Médicaments	1 048 464	5,5%
Consommables Médicaux	1 056 197	5,5%
Maintenance	16 795	0,1%
Amortissements	383 257	2,0%
TOTAL	19 106 323	100,0%
Charges variables	*2 104 661*	*11,0%*
Charges semi-variables	*9 983 833*	*52,3%*
Charges fixes	*7 017 829*	*36,7%*

La comparaison de la structure de charges pour ces deux établissements est intéressante. Si pour le bloc opératoire, on obtient une structure de charges sensiblement identique, nous constatons qu'il n'en est pas de même pour les services d'anesthésie. Les charges de personnel médical dans l'établissement PSPH paraissent à première vue trop élevées (52,3 % contre 22,5 %). Il faut cependant garder à l'esprit que le montant des charges est le produit d'un prix unitaire et d'une quantité. Par conséquent ce montant est dû soit à un salaire plus élevé des praticiens dans l'établissement PSPH, soit à un nombre d'équivalents temps plein plus important, soit aux deux.

Ces tableaux d'affectation des charges sont des indicateurs qui soulèvent certaines questions. Pour y répondre nous devons affiner l'analyse par le calcul de ratios de personnel et le calcul de salaires moyens pour comprendre les différences de structure des charges.

La question que nous nous posons toujours dans une telle analyse est : est-ce que le montant de la charge est justifié ? L'acceptabilité d'un certain montant de charges dépend de la justification de celui-ci. Nous ne portons pas de jugement de valeur *a priori*, mais cherchons à éclairer les analyses par les instruments de gestion disponibles.

Tableau 84 : Charges affectées au service d'anesthésie et au bloc opératoire de l'établissement privé lucratif

LUCR 1998	Bloc + anesthésiologie	% total
Charges variables	1 053 115	4,28%
Charges fixes directes	21 456 000	87,25%
Charges fixes indirectes	2 082 000	8,47%
Total charges	24 591 115	100,00%

Nous constatons que les charges sont constituées quasi exclusivement par des charges fixes et semi-variables (de 74 % à 93 %). Par conséquent, les leviers d'action pour

diminuer les coûts sont à rechercher du côté des charges fixes et non du côté des charges variables. En effet, une diminution de 1 % des charges variables n'engendrera une diminution que de 0,25 % en moyenne du total des charges, mais pour quels efforts consentis ? L'analyse de gestion doit reposer sur une comparaison entre les efforts consentis et l'impact de ces efforts en termes de coûts.

Mise en perspective avec l'activité réalisée :

Nous avons alors confronté les charges des services *anesthésie* et *bloc opératoire* à l'activité réalisée par ces deux services dans nos trois établissements d'étude. L'activité réalisée est mesurée à partir des lettres-clefs utilisées par la Sécurité Sociale pour la facturation des prestations (KC et K anesthésie), par le nombre d'ICR (les établissements privés ne renseignent généralement pas les ICR car ne faisant pas partie de l'étude nationale des coûts relatifs), le nombre d'interventions total et le temps total d'occupation du bloc opératoire. Nous obtenons sur la base de ces informations le nombre moyen de KC et de K anesthésie, ainsi que le taux d'occupation des trois blocs opératoires

Tableau 85 : Activité et occupation du bloc opératoire et de l'anesthésie

	Hôpital V 1998	PSPH 1998	LUCR 1998
KC	370 440	573 654	733 994
K anesthésie	163 554	334 212	
Nombre d'interventions	3 633	6 614	3 943
KC moyen	102	87	186
K anesthésie moyen	45	51	
ICR Bloc	202 403	337 651	
ICR anesthésie	185 167	285 626	
Durée totale d'occupation du bloc opératoire en minutes	320 100	767 520	497 930
Durée d'ouverture potentielle en minutes	597 600	936 000	1 528 800
	(8H/jour)	(10H/jour)	(13H/jour)
Taux d'occupation	54%	82%	33%
Charges de bloc	9 238 966 F	25 031 096 F	
Charges anesthésie	6 447 532 F	19 106 323 F	
Charges totales	15 686 497 F	44 137 419 F	24 591 115 F

Nous n'avons pas obtenu le même détail des informations pour l'établissement privé lucratif que pour les deux autres établissements. Les K chirurgicaux et les K anesthésie sont regroupés pour cet établissement. Les ICR ne nous ont pas été fournis.

La durée totale d'occupation du bloc opératoire a été calculée en prenant en compte les temps d'utilisation des salles ; c'est-à-dire du moment où le patient est conduit au bloc jusqu'au moment où il en sort, plus les temps de nettoyage et de préparation des salles. Ces taux d'occupation tiennent compte de l'activité programmée et de l'activité non programmée, les trois établissements disposant d'un service d'accueil et de traitement des urgences.

Si nous observons les taux d'occupation, nous constatons une forte disparité qu'il faut mettre en perspective avec les temps d'ouverture du bloc. En effet, dans l'établissement privé, le temps d'ouverture du bloc est de 13 heures/jour. Ce qui signifie que les ressources nécessaires au fonctionnement du bloc sont mobilisées 13 heures/jour. Cela fait partie de la politique de l'établissement de laisser une grande disponibilité du bloc pour répondre à la demande des chirurgiens. C'est pourquoi le taux de 33 % d'occupation ne reflète un niveau d'activité qu'en relatif par rapport à une amplitude horaire et non un niveau absolu. En revanche on peut se poser la question du coût d'opportunité d'une telle plage horaire au regard du faible taux d'utilisation de celle-ci, c'est ce que nous étudierons au travers des comptes de résultat.

Des ratios pour l'analyse :

Pour la mise en perspective de l'activité réalisée et des ressources consommées nous calculons des ratios de coûts par unité de compte de l'activité.

Tableau 86 : Coûts des lettres clefs, des interventions et de la minute.

Ratios	CHV 1998	PSPH 1998	LUCR 1998
Coût du bloc par KC	25 F	44 F	
Coût de l'ICR de bloc	46 F	74 F	
Coût ICR anesthésie	35 F	67 F	
ICR bloc/Minute	0,63	0,44	
Coût total par intervention	4 318 F	6 673 F	6 237 F
Coût bloc par intervention	2 543 F	3 785 F	
Coût anesthésie par intervention	1 775 F	2 889 F	
Coût d'une minute de bloc opératoire	26 F	47 F	16 F
Coût d'une minute de bloc opératoire corrigé par le taux d'occupation.	49 F	58 F	49 F

Le temps d'ouverture du bloc opératoire correspond au temps de disponibilité des ressources affectées au bloc. Lorsque l'on calcule le coût d'une minute de bloc opératoire, le résultat obtenu ne tient pas compte du coût d'opportunité des temps d'inoccupation du bloc opératoire du fait des charges fixes qui, elles, « courent », que l'activité soit nulle ou non. Ce coût d'opportunité se retrouve lorsqu'on calcule le coût d'une minute corrigé du taux d'occupation réel. Le coût est multiplié par trois pour l'établissement lucratif (taux d'occupation d'un tiers) et par un peu moins de deux pour les CHV (taux d'occupation un peu au-dessus de 50 %).

Nous proposons à présent une analyse par compte de résultat pour comprendre les mécanismes de formation des coûts et leur impact sur la profitabilité affichée des services.

Le taux d'occupation du bloc opératoire représente une moyenne sur la période étudiée. Cependant, dans les trois établissements, le bloc oscille entre des périodes de surcharge

d'activité, où il constitue un goulet d'étranglement et des périodes de creux de l'activité où il est inutilisé. Ce qui se retrouve aussi pour les chirurgiens par le mécanisme des plages réservées pour certaines activités : certains sont en surcharge alors que d'autres son en creux. Ceci conduit à une grande variabilité de présence du personnel et des praticiens. Certains praticiens se comportent un peu comme une entreprise dans l'entreprise en oubliant que c'est leur propre outil de production qu'ils mettent en péril. Il est fréquent qu'ils oublient de signaler à l'avance les absences, qu'ils ne respectent pas les horaires et disparaissent entre deux interventions.

Les praticiens et le personnel de bloc ont le sentiment d'un très fort taux d'occupation du bloc opératoire, étant donné leur propre activité et la difficulté à augmenter leur plage opératoire, alors que l'on obtient un taux d'occupation moyen de 54 %, ce qui laisse supposer qu'il existe des marges de manœuvre pour augmenter l'activité opératoire, marges de manœuvre résidant dans l'organisation de l'activité elle-même.

La formation des résultats

Nous avons dans un premier temps procédé à une simulation des comptes de résultat en faisant varier les taux d'occupation du bloc opératoire. Pour cela, nous avons fait varier l'activité selon la production moyenne de la minute occupée et les charges variables au coût variable moyen de la minute occupée. Nous n'avons pas fait varier les charges fixes en postulant que les capacités de production actuelle (personnels non médical et équipements) permettent de réaliser les niveaux d'activité simulés. Nous avons fait varier les charges de personnel médical car celles-ci résultent de la répartition du temps de travail entre plusieurs activités ; et par conséquent la plus grande occupation du bloc opératoire conduit à un besoin plus grand de temps de personnel médical, donc à une part plus grande de charges de personnel médical à affecter (nous ne tenons pas compte ici des dépendances fortes entre les différentes activités réalisées).

Tableau 87 : Comptes de résultat réels et simulés du service d'anesthésie du CHV

Hôpital V	TOC 30%	TOC 34%	TOC réel 54%	TOC 80%
Produits de l'activité du service d'anesthésie en ICR	91 809	102 978	163 554	244 842
Prix unitaire ICR anesthésie (Etude Nationale des Coûts 1998)	47,59 F	47,59 F	47,59 F	47,59 F
Chiffre d'affaire du service d'anesthésie	**4 369 191 F**	**4 900 744 F**	**7 783 535 F**	**11 652 031 F**
Charges de personnel médical affectées au service	815 040 F	914 198 F	1 451 961 F	2 173 441 F
Marge sur charges de personnel médical	**3 554 150 F**	**3 986 547 F**	**6 331 574 F**	**9 478 590 F**
Charges personnel non médical	3 366 727 F	3 366 727 F	3 366 727 F	3 366 727 F
Marge sur charges de personnel	**187 423 F**	**619 820 F**	**2 964 847 F**	**6 111 863 F**
Charges médicaments et consommables médicaux	699 762 F	228 875 F	1 246 597 F	1 866 031 F
Marge sur charges de personnel et consommables	**-512 338 F**	**390 944 F**	**1 718 250 F**	**4 245 832 F**
Charges amortissements et logistique médicale	382 246 F	382 246 F	382 246 F	382 246 F
Résultat du service anesthésie	**-894 584 F**	**8 698 F**	**1 336 004 F**	**3 863 586 F**
Taux de rentabilité	*-20%*	*0%*	*17%*	*33%*

L'activité du service d'anesthésie est valorisée en ICR anesthésie que l'on a multiplié par le prix unitaire de l'ICR anesthésie de l'étude régionale des coûts de cette même année. Étant donné que nous avons affecté les charges de la même manière que l'étude régionale des coûts, la confrontation de l'activité valorisée de la sorte aux charges a un sens.

L'augmentation de l'activité par une utilisation plus forte du bloc opératoire engendre une augmentation proportionnelle du chiffre d'affaires généré et des charges variables. Les charges fixes en revanche ne changent pas. Par conséquent, la rentabilité globale augmente. Inversement on constate que d'une rentabilité positive avec un taux d'occupation de plus de 50 % on passe à une rentabilité négative lorsque le taux d'occupation est à 30 %. Le seuil de rentabilité du service d'anesthésie du CHV se situe à un niveau d'activité correspondant à un taux d'occupation de 34 % environ.

Tableau 88 : Comptes de résultats réels et simulés du bloc opératoire du CHV

Hôpital V	TOC 30%	TOC 40,5%	TOC réel 54%	TOC 80%
Produits de l'activité du bloc en ICR	112 446	151 577	202 403	299 856
Prix unitaire ICR bloc (étude nationale des coût 1998) en F	54,03 F	54,03 F	54,03 F	54,03 F
Chiffre d'affaire du bloc en F	**6 075 463 F**	**8 189 725 F**	**10 935 834 F**	**16 201 236 F**
Charges de personnel médical affectées au bloc	1 323 676 F	1 784 315 F	2 382 617 F	3 566 540 F
Marge sur charges de personnel médical	**4 751 787 F**	**6 405 409 F**	**8 553 217 F**	**12 634 696 F**
Charges personnel non médical	3 839 711 F	3 839 711 F	3 839 711 F	3 839 711 F
Marge sur charges de personnel	**912 076 F**	**2 565 698 F**	**4 713 506 F**	**8 794 985 F**
Charges médicaments et consommables médicaux	290 950 F	1 344 997 F	1 795 990 F	2 660 726 F
Marge sur charges de personnel et consommables	**621 126 F**	**1 220 701 F**	**2 917 516 F**	**6 134 259 F**
Charges amortissements et logistique médicale	1 220 648 F	1 220 648 F	1 220 648 F	1 220 648 F
Résultat du bloc opératoire	**-599 522 F**	**53 F**	**1 696 868 F**	**4 913 611 F**
Taux de rentabilité	*-10%*	*0%*	*16%*	*30%*

La rentabilité du bloc opératoire, telle que nous l'avons mesurée, est plus faible que celle du service d'anesthésie. Nous retrouvons ceci au niveau du seuil de rentabilité qui est atteint avec un taux d'occupation plus fort.

Le bloc opératoire et le service d'anesthésie du CHV avec un taux d'occupation de 54 % dégagent une marge positive. Ceci signifie que ces deux services concourent à couvrir une partie des charges indirectes communes à l'ensemble des services.

Nous n'avons pas procédé à une simulation de l'activité selon différents taux d'occupation du bloc opératoire pour l'établissement PSPH car les services *anesthésie* et *bloc opératoire* de cet établissement sont déficitaires avec un taux de 80 % (confère tableau 19). Ce taux de 80 % est le taux maximum d'occupation du bloc opératoire selon les professionnels du bloc, du fait des temps de nettoyage et des temps incompressibles de déplacements et de repos des professionnels. Dans ces conditions, le seuil de rentabilité - obtenu avec un taux d'occupation supérieur à 80 % - ne peut-être atteint. Ceci traduit un déficit structurel de ces deux services dans l'établissement PSPH.

Le tableau suivant présente les simulations d'activité pour l'établissement privé.

Tableau 89 : Comptes de résultat simulés et réels de l'établissement privé à but lucratif

LUCR	TOC réel	TOC 50%	TOC 80%
Produits de l'activité en KFSO	733 994	1 126 795	1 802 872
Prix unitaire FSO (base 1998) en F	25,56 F	25,56 F	25,56 F
Chiffre d'affaire du bloc en F	**18 760 887 F**	**28 800 879 F**	**46 081 407 F**
Charges variables	1 053 115 F	1 616 696 F	2 586 713 F
Marge sur charges variables	**17 707 771 F**	**27 184 183 F**	**43 494 694 F**
Charges fixes directes	21 456 000 F	12 456 000 F	12 456 000 F
Marge sur charges variables et charges fixes directes	**-3 748 229 F**	**14 728 183 F**	**31 038 694 F**
Charges fixes indirectes	2 082 000 F	2 082 000 F	2 082 000 F
Résultat du bloc opératoire	**-5 830 229 F**	**12 646 183 F**	**28 956 694 F**
Taux de rentabilité	*-31%*	*44%*	*63%*

Pour l'établissement privé à but lucratif, la rentabilité au taux d'occupation réel (33 % avec un temps d'ouverture de 13 heures/jour) est négative. L'augmentation du taux d'occupation permet d'obtenir une profitabilité positive. Avec un taux d'occupation de 33 %, les deux unités ne parviennent pas à couvrir l'ensemble des charges qui leur sont affectées (nous sommes ici dans une logique de coût complet). Vraisemblablement, la mise à disposition 13 heures par jour des ressources du bloc et du service d'anesthésie n'est pas optimisée par l'activité. La question que nous nous posons alors est quel est l'apport d'une telle amplitude d'ouverture pour l'établissement ? Ce choix a une incidence négative sur le compte de résultat des deux services, mais il peut avoir une incidence positive sur d'autres paramètres. Par conséquent, la prise de décision ne tient pas compte de ces seuls paramètres de coûts et doit mobiliser d'autres indicateurs.

Une analyse par les marges :

Tel que présenté, le compte de résultat nous donne la marge sur charge de personnel médical afin de mesurer si l'activité valorisée en ICR couvre les charges du personnel « générateur » de l'activité. Puis sont dégagées les marges sur l'ensemble du personnel, sur l'ensemble du personnel et les consommables médicaux et enfin la marge totale (le résultat) une fois toutes les charges imputées.

Tableau 90 : Comptes de résultats réels de l'établissement PSPH.

PSPH	TOC réel anesthésie	TOC réel bloc opératoire
Produits de l'activité en ICR	285 626	337 651
Prix unitaire ICR (base 1998)	47,59 F	54,03 F
Chiffre d'affaires de l'unité	**13 592 941 F**	**18 243 284 F**
Charges de personnel médical affectées au service	9 983 833 F	7 101 811 F
Marge sur charges de personnel médical	**3 609 108 F**	**11 141 473 F**
Charges personnel non médical	6 617 777 F	9 831 951 F
Marge sur charges de personnel	**-3 008 669 F**	**1 309 522 F**
Charges médicaments et consommables médicaux	2 104 661 F	6 545 286 F
Marge sur charges de personnel et consommables	**-5 113 330 F**	**-5 235 764 F**
Charges amortissements et logistique médicale	400 052 F	1 552 048 F
Résultat des services	**-5 513 382 F**	**-6 787 812 F**
Taux de rentabilité	*-41%*	*-37%*

Dans l'établissement PSPH, nous constatons pour le service d'anesthésie que le produit de l'activité ne permet pas de couvrir l'ensemble des charges de personnel. Par conséquent les leviers d'action pour améliorer les marges de ce service sont à rechercher du côté des charges de personnel. Il nous faut donc affiner l'analyse par l'étude de ratios spécifiques de « productivité » du personnel médical et non médical. Pour le bloc opératoire la marge sur charges de personnel est positive, mais devient négative quand on impute les charges de médicaments et consommables médicaux.

Les documents ainsi présentés ne nous permettent pas à eux seuls de définir les leviers d'amélioration des performances de l'établissement. Nous en tirons cependant des présomptions sur les éléments à investiguer :

Pour l'établissement privé, il faut axer les recherches sur les horaires d'ouverture du bloc au regard de son exploitation. Par conséquent, il faut mettre en perspective les ressources mobilisées au regard de l'activité réalisée. Nous avons constaté que la « permanence » de 13 heures a un coût et que ce coût extrait de son contexte est trop élevé. Il faut alors rechercher quelles sont les raisons d'une telle plage horaire et si elles sont justifiées par ailleurs.

Pour l'établissement PSPH, il y a une mauvaise adéquation entre les ressources mobilisées et l'activité réalisée. Il faut alors affiner l'analyse par des ratios de personnel, et par l'étude du type d'activité réalisée et de sa valorisation.

Pour le CHV, l'analyse quantitative des charges ne permet de déceler aucune zone de dysfonctionnements. Pourtant lorsque l'on réalise des entretiens, on constate que certains chirurgiens manquent de plages de bloc opératoire et programment à 5 mois alors que le taux d'occupation est de 54 %. Le bloc opératoire présente un véritable problème de capacité couplé à une désorganisation induite par les urgences.

1.2.2. Reconstruire le plateau technique

La réponse apportée aux dysfonctionnements du bloc opératoire est la construction d'un nouveau plateau technique. La question de cette construction ne peut cependant être réglée en interne car soumise à des autorisations et à des financements externes. Ce qui est souhaité est un plateau technique intégré correspondant aux normes de modernité et répondant aux nouvelles conditions de sécurité, le tout dans une enveloppe financière maîtrisée. La de prise en charge de ce surcoût est rendue possible du fait que les amortissements et les frais financiers liés à la construction de l'établissement arrivent à échéance sur les années 2004-2006. Le projet prévoit une partie en construction neuve et une partie en restructuration des locaux existants au regard des différents éléments décrits ci-après.

La performance ainsi construite en interne doit être confrontée à la performance régionale. À charge au directeur d'établissement de justifier l'intérêt d'une telle restructuration localement pour améliorer la performance de l'offre de soins régionale.

Les acteurs de l'hôpital V ont défini deux priorités à court terme : la séparation des activités programmées et non programmées par la création d'une unité de diagnostic et de traitement rapide ; la construction d'un nouveau plateau technique. Les renoncements inhérents à ces priorités sont, tout d'abord d'accepter, pour les praticiens, d'autres formes d'organisation de leur activité, et notamment de « céder » des lits de leurs services. Cela conduit en termes d'organisation à accepter le fait que le responsable de l'unité puisse à tout moment exiger leur expertise pour un patient. Cette forme d'organisation remet directement en cause l'unicité et le cloisonnement du territoire des praticiens. Ce renoncement a été très long à obtenir. L'organisation traditionnelle par service est la forme d'organisation qui donne aux praticiens la plus grande autonomie au sein de la structure. Malgré l'engagement des acteurs sur les enjeux, et malgré un diagnostic commun de la situation de l'établissement, les praticiens ne sont pas spontanément prêts à céder une part de leurs marges de manœuvre. Ce renoncement a été possible, parce que les médecins de « deuxième génération », non chefs de service, ont vu dans cette nouvelle forme d'organisation une possibilité réelle d'améliorer la prise en charge des patients en accélérant les phases de diagnostic des patients venant des urgences et en limitant les interférences entre le non programmé et le programmé. S'appuyant alors sur l'engagement de ces acteurs, le directeur et le président de CME ont pu mener la réflexion sur une telle organisation. Les médecins de « première génération » ont peu à peu cédé et ceci pour deux raisons : certains ont vu que, quoi qu'ils fassent, la détermination du noyau dur appuyé par les médecins de « deuxième génération » était inébranlable ; il devenait alors préférable que cela se fasse avec eux que sans eux. D'autres ont pris conscience de l'intérêt de cette démarche au travers des analyses réalisées par les médecins de « deuxième génération » et ont naturellement accepté les renoncements inhérents à cette nouvelle forme d'organisation.

Le deuxième renoncement conséquent pour les acteurs et surtout pour les « urgentistes » est lié à la construction du plateau technique. En effet, un projet de reconstruction des urgences était déjà bien avancé au moment de la réflexion sur la construction d'un nouveau plateau technique. Du fait des procédures administratives d'autorisation, d'appels d'offre et d'acceptation, ce projet avait mis deux ans pour aboutir et la pose de la première pierre était prévue pour fin 2001. Or, lors de la réflexion sur le nouveau plateau technique, il est apparu qu'il serait beaucoup plus judicieux d'intégrer les urgences et le plateau technique, pour faire une reconstruction globale de ces deux unités. Ceci remettait directement en cause les deux années de travail passées sur le projet des urgences et condamnait les acteurs à réinvestir encore leur énergie dans un tel projet, sachant que ceux-ci considéraient avoir fait déjà beaucoup de sacrifices, notamment en termes de conditions de travail. Les professionnels des urgences avaient vécu dans l'espoir de pouvoir investir de nouveaux locaux prochainement, ils avaient le sentiment « de voir le bout du tunnel », et on leur demande alors de repousser cette échéance d'une ou de deux années de plus. Cette perspective a engendré un découragement important des professionnels, las de travailler dans les conditions actuelles.

Dans une telle situation, les choix sont extrêmement difficiles car même s'il est évident que la reconstruction globale des unités est à terme meilleure pour l'ensemble de l'établissement et l'organisation de son activité, la capacité à court terme des « urgentistes » à assumer leurs conditions de travail pendant une période plus longue que celle initialement prévue, est aussi primordiale. Il a alors été nécessaire pour le directeur et le président de CME de « réengager » dans un premier temps les acteurs sur les enjeux et sur le diagnostic pour les « remotiver » face à cette nouvelle échéance. Il a aussi été nécessaire, dans un second temps, pour le directeur et le président de CME d'affirmer cette position et de trancher.

La création d'une unité de diagnostic et de traitement rapide touche à l'organisation interne de l'établissement. Cette décision peut être donc prise strictement en interne, sans avoir à demander l'autorisation des tutelles. En revanche la construction d'un nouveau plateau technique est soumise à l'approbation du directeur de l'ARH, d'une part, et aux modalités de financement de cette construction d'autre part. Par conséquent, l'hôpital V doit faire la preuve de l'intérêt de cette construction au directeur de l'ARH. Or, le directeur de l'ARH gère la dimension régionale de l'offre de soins et procède à des arbitrages entre établissements. Ce qu'il donne à l'un, il le retire à un autre. Et même si le projet est légitime pour l'établissement, il ne constitue pas forcément une priorité pour la région. Si le directeur de l'ARH reconnaît l'intérêt du projet, il n'en devient pas une priorité à court terme pour autant. Les conclusions de l'établissement pour améliorer l'offre de soins du secteur et répondre aux attentes de la population ne sont pas forcément les mêmes que les conclusions du directeur de l'ARH, surtout quand celui-ci doit gérer par ailleurs trois CHU qui constituent 50 % des dépenses hospitalières de sa région.

Tout projet au niveau de l'établissement s'inscrit dans le système hospitalier dans son ensemble, qui lui-même s'inscrit dans le système plus large du système de santé. La vision partagée des enjeux, des diagnostics et des priorités fait l'objet d'une négociation interne aux établissements, mais aussi au niveau de la région et ensuite au niveau

national. Nous ne présenterons pas ici les négociations du niveau régional pour obtenir une vision partagée du sens de la performance. Nous tenons simplement à souligner que si celles-ci ne mobilisent pas les mêmes acteurs, elles répondent aux mêmes nécessités d'engagement des acteurs sur les enjeux, sur les diagnostics et sur les priorités.

2. LE CAS MC : UNE IMPOSSIBILITE DE FAIRE DES CHOIX

Les orientations stratégiques nouvelles sont liées à divers facteurs :

- La réorganisation de l'environnement autour de deux pôles forts, l'un public et l'autre privé.
- La démotivation relative d'un corps médical vieillissant, dont les perspectives d'avenir en termes de personnel sont relativement faibles (stagnation des revenus, impossibilité de recruter de jeunes praticiens promoteurs d'innovations, pyramide des âges homogène et mal étagée, assimilation de la culture mutualiste à une médecine de pauvres, faible sentiment d'appartenance à la Mutualité dont il mesure mal les objectifs).
- Les gains de productivité réalisés dans les années récentes ont induit un climat social plus tendu.
- Le projet de la nouvelle clinique était un facteur de mobilisation psychologique qu'il convient aujourd'hui de remplacer par de nouvelles perspectives, qui permettent de motiver les acteurs notamment médicaux.
- Le climat social dépend pour une large part de l'état d'esprit du corps médical, dont le prestige reste un facteur clef de mobilisation interne.

La priorité clairement affichée est de réduire le déficit budgétaire de l'établissement, déficit que la Mutualité ne veut plus faire assumer aux mutualistes. Cette priorité implique des choix et des renoncements de plusieurs ordres. Deux scénarios sont possibles : soit la cession de l'activité chirurgicale, soit le maintien de l'activité chirurgicale, chacune de ces deux orientations se déclinant en plusieurs variantes.

2.1. CESSION DE L'ACTIVITE CHIRURGICALE : RENONCEMENT AU CARACTERE MUTUALISTE DE L'ETABLISSEMENT

Ce scénario s'inscrit dans la perspective que les mutuelles, ne voulant plus supporter les insuffisances budgétaires de la structure, décident de s'en séparer. Dans ce cas, il convient d'en mesurer les conséquences : l'activité actuellement réalisée au sein de la mutualité serait réalisée en secteur libéral. Sur la base de 1 000 000 KC et d'un dépassement d'honoraires de 10 francs par KC, le surcoût pour les mutuelles serait de 10 millions de francs par an. Sur la base de 30 000 journées facturables en supplément chambre particulière, un supplément de 50 francs par jour équivaut à un surcoût de 1,5 millions de francs par an. Soit au total 11,5 millions de francs par an. À cela s'ajoute bien évidemment l'effet induit par l'absence d'élément pondérateur non lucratif sur le secteur sanitaire qui autorise les autres acteurs de santé à dépasser encore plus largement leurs honoraires et leur surcoût.

Deux types de cession sont envisageables :

- La cession simple, qui induit la vente de la clinique à un opérateur nouveau. Deux questions se posent alors : quel opérateur ? quel prix ?
- La cession des lits et leur fusion avec un établissement hospitalier de secteur :

  Avec le CHU dans le cadre d'un second syndicat interhospitalier à orientation chirurgicale. Compte-tenu de l'expérience du premier, il convient d'envisager cette hypothèse à un horizon compris entre 5 et 10 ans.

  Avec le privé commercial pour faire un très grand hôpital privé avec portefeuille d'activités. Il n'est pas évident que la vente de lits que ce scénario induit soit approuvée par l'ARH et le CROSS.

2.2. MAINTIEN DE L'ACTIVITE CHIRURGICALE : RENONCEMENT A FAIRE SEUL ET PARTAGE DES ACTIVITES

Dans le cas d'un maintien de l'affiliation de MC à la Mutualité Française, deux possibilités existent. Soit la Mutualité reste indépendante. Elle assumerait seule le financement des écarts budgétaires, le renouvellement de son équipe médicale, l'optimisation sans surcoût de ses lits, de ses places de jour et des places d'ambulatoire qui ont été imposées par l'ARH. Soit la Mutualité agit en partenariat avec un autre établissement. Compte tenu de l'environnement, le seul établissement qui paraît aujourd'hui disposé, et qui est intéressé par un rapprochement avec la Mutualité, est la clinique P, avec laquelle il existe une habitude ancienne de coopération en matière de chimiothérapie par exemple, ainsi que des affinités très fortes entre les corps médicaux des deux institutions, et des similitudes dans l'activité réalisée.

Ces modalités sont possibles elles-mêmes selon différents scénarios. Elles vont du simple partage d'informations informelles à l'intrication extrêmement forte de la gestion des deux établissements.

- L'association informelle paraît avoir pour utilité une répartition concertée des différentes spécialités pour chacun des établissements. Exemple : abandon de la chirurgie vasculaire par la clinique P au profit de l'établissement MC et abandon de la chirurgie ophtalmologique par l'établissement MC au profit de la clinique P. Le coût annuel du département d'ophtalmologie est de l'ordre de 12 millions de francs par an, il n'y a guère de gains économiques à prévoir mais les deux institutions renforcent respectivement certaines de leurs spécialités.
- L'association et le partage de disciplines avec le partage des équipes médicales : dans ce scénario, les pôles *vasculaires* et *ophtalmologie* sont répartis selon le scénario précédent, en plus il est proposé aux chirurgiens des autres spécialités de devenir médecins temps partiel dans les deux institutions. Les médecins de l'établissement MC seraient à 80 % à l'établissement MC et 20 % à la clinique P et inversement.

Les échanges de pratiques permettent alors de constituer des équipes étoffées sur le plan chirurgical, de créer une émulation entre les médecins, de prévoir des tours de gardes élargis permettant d'assurer une meilleure permanence et continuité des soins. Les gains économiques sont nuls. Ce scénario présente même un caractère de dangerosité économique par non-contrôle des activités médicales respectives, par transfert d'activités lourdes sur l'établissement MC et captation d'activités légères par la clinique P.

Il apparaît par conséquent indispensable, afin de contrôler les flux et les conséquences économiques de ceux-ci, de créer une structure commune de management des institutions. Deux scénarios classiques de fusion-absorption se présentent : soit des échanges de parts pour la création d'une structure commune, mais cela pose le problème de la majorité du pouvoir de décision ; soit des rachats purs et simples de parts, à l'instar de ce qui est envisagé à Grenoble ou à Nantes. Mais ce dernier scénario est coûteux et non envisageable.

Un scénario alternatif peut être envisagé qui consiste à céder une partie des actifs des deux établissements : actifs immatériels, tels que les autorisations de lits non installés et les places de jours ; actifs matériels tels que le mobilier et les matériels médico-technique, actifs fusionnés dans une structure de gestion *ad hoc* (type Lease-Back) ayant pour vocation de gérer l'utilisation optimale des plateaux techniques, des places ambulatoires et du matériel. Cette dernière structure appartenant aux deux institutions fondatrices (dont les pourcentages respectifs seraient alors à définir) leur reverserait les excédents éventuels. Ce montage qui ne nécessite aucune mobilisation des ressources suppose néanmoins un avis favorable du CROSS et un accord de l'ARH. Pour cette dernière, l'intérêt de ce scénario est quasi exclusivement politique. Il lui assure le maintien d'un troisième opérateur différent du public et du privé commercial sur le secteur. Il est donc nécessaire d'avoir un accord avant d'envisager une quelconque négociation de partenariat avec la clinique P.

Les Mutuelles pourraient trouver à ce scénario deux types d'avantages : le premier est une optimisation du plateau technique et des équipements de la mutualité. Le second est une modération des dépassements des honoraires et des suppléments chambre particulière de la clinique P. Par voie de conséquence, le maintien d'un ensemble hospitalier de référence au sein du secteur sanitaire leur permettrait de jouer un rôle pondérateur sur les coûts de la santé entre le CHU et les cliniques commerciales.

Aujourd'hui, l'établissement MC est dans une impasse en ce qui concerne son projet d'établissement. Les praticiens ne sont pas prêts à renoncer aux activités d'ophtalmologie et d'ORL du fait d'une solidarité médicale forte. Les praticiens ne peuvent faire ce choix collectivement. Étrangement, la direction quant à elle s'enferre dans la difficulté à trancher et affiche un manque de conviction face à l'ensemble des solutions envisagées. Le renoncement qui s'opère est un renoncement au projet lui-même face aux

conséquences de chacun des choix possibles. Le président du conseil d'administration ne semble pas déterminé à tenir tête aux chirurgiens en ce qui concerne le désengagement des activités de chirurgie de spécialités. Le désengagement de la mutualité de la clinique est encore plus difficile à envisager, car c'est une remise en cause culturelle et historique profonde pour la mutualité française que le président du conseil d'administration ne semble pas vouloir prendre. Dans le cas MC, les professionnels de santé ont certaines réticences vis-à-vis de l'ensemble des choix possibles, mais ce sont surtout les instances de direction qui ne parviennent pas à faire de choix. Ces dernières font comme si elles attendaient que les médecins eux-mêmes prennent la décision. Or, ce n'est pas leur rôle. On ne peut demander aux médecins de sacrifier eux-mêmes certains pans de leur discipline. Il relève des instances de décision de faire les propositions et de trancher après consultation et négociation avec les acteurs.

3. LE CAS E : DES COOPERATIONS COMME AXE PRIORITAIRE

Les enjeux de marginalisation de l'établissement sur son secteur, ainsi que les diagnostics réalisés, qui montrent la nécessité de développer des coopérations avec d'autres établissements, conduisent les différents services de l'établissement à réfléchir sur les réseaux potentiels de prise en charge. Chaque service a alors défini son projet, en orientant celui-ci sur la mise en réseau de l'activité.

3.1. PROJET DES URGENCES : DEVELOPPEMENT DE RESEAUX INTERNES ET EXTERNES

L'établissement PSPH E est un élément fort du paysage de l'urgence de l'agglomération, un élément connu sinon parfaitement reconnu, vivant et spécifique. Son activité (allant vers les 18 000 passages annuels aux urgences) en fait un complément majeur du CHU. Sa position géographique assez centrale dans la ville, alors que le CHU est plus excentré, la tradition d'accueil et de service public de l'établissement E, les efforts consentis depuis plusieurs années par cet établissement — alors même que ses ressources ne sont pas pléthoriques — pour doter son service des urgences (budget de 8 millions de francs, médecins seniors, cadre infirmier…), confortent la position de cette structure d'urgences. Le service des urgences de l'établissement est répertorié dans le SROS de 1993 et fonctionne actuellement comme Service d'Accueil d'Urgences (SAU). Une convention a été conclue avec la clinique BA en 1997.

De mai 1997 à avril 1998 sur 24 075 passages aux urgences, 646 patients ont été transférés ou refusés soit 3,68 % des passages. Parmi ces 24 075 passages, 1 846 patients (7,67 %) ont été hospitalisés de la façon suivante :
565 moins de 24 heures (2,35 %)
1 281 plus de 24 heures (5,32 %)

Tableau 91 : Analyse des transferts et refus

Structure non adaptée	191
Places non disponibles	198
Transfert à la clinique BA	134
Vers libéral	27
Manque de personnel	0
Refus téléphoniques	97
Total refus	646
Total passages	24 075
Hospitalisations – 24 heures	565
Hospitalisations + 24 heures	1 281

Ces refus sont essentiellement dus au manque de places disponibles pour accueillir les patients et à l'inadaptation de la structure pour les recevoir.

Deux orientations sont donc nécessaires pour le service des urgences : d'une part, assurer au service des urgences des possibilités de dégagement des patients en interne dans les autres services de l'établissement, et d'autre part, assurer une certaine qualité de la prise en charge en développant des réseaux de prise en charge des urgences avec d'autres établissements, ceci afin de mettre en commun les ressources en compétences médicales et en équipement.

Travailler sur les services avals internes

- Hospitalisation de 48 heures (incluant le service porte) pour assurer, 7 jours sur 7, le complément et l'aval indispensables au service des urgences médicales.
- Médecine générale : il y a là une carte maîtresse à jouer. Le besoin d'un véritable service de médecine générale est réel, ici comme ailleurs, et le CHU n'en dispose pas, Un tel service serait seul de nature à garantir l'aval médical du service des urgences et à le crédibiliser auprès du SAMU. Convenablement articulé avec le service des urgences, l'hospitalisation de 48 heures et la médecine interne, ce service de médecine générale devrait être conçu avec la grande ambition de devenir un pôle d'excellence de l'établissement. Outre son utilité pour conforter le service des urgences, la création de ce pôle de vraie médecine générale s'inscrirait dans une démarche résolument centrée sur les besoins des patients et se trouverait, de ce fait, en parfaite harmonie avec les nouvelles orientations de la santé publique.
- Moyen séjour : pour l'aval de la médecine générale et de la traumatologie.
- Réanimation : pour appuyer techniquement le service des urgences et assurer un aval pour les cas les plus graves.
- Cardiologie interventionnelle : dans le but de conforter le pôle d'excellence actuel de cardiologie d'urgence.

Travailler en réseaux externes

L'organisation en réseau avec la clinique BA (gardes chirurgicales spécialisées et séparées pour les pathologies viscérales et l'orthopédie suivant un mode de gardes alternées) offre une plus grande sécurité pour les patients, l'établissement E étant le centre d'accueil des urgences la nuit (à partir de 19 heures) et le week-end, et permet d'augmenter à la fois la capacité d'accueil en lits chirurgicaux et en bloc opératoire du son service d'accueil.

Les transferts de ce fait sont mieux structurés et mieux ciblés, seuls les patients relevant de spécialités particulières ou de médecine sont réadressés vers le CHU si aucune autre solution n'a pu être trouvée.

Renforcer le partenariat avec le CHU

Réorientation de certains patients : l'établissement E n'a bien sûr pas vocation à développer l'ensemble des disciplines présentes au CHU. Certains patients devront donc être réorientés. Les situations concernées et les conditions de ces transferts devront être définies en commun entre l'établissement et le CHU.

Intégration dans le réseau SAMU-Smur : une concertation doit être engagée avec le SAMU en vue de préciser, de compléter et surtout de protocoliser l'intégration du service des urgences de la clinique dans le réseau des urgences coordonné par le SAMU.

Développer un partenariat avec la médecine de ville.
Un partenariat organisé avec des médecins généralistes reste à envisager pour offrir une réponse à la demande de soins en urgence ne relevant pas particulièrement des urgences mais de la médecine générale (collaboration sous forme d'une convention de mise à disposition de locaux pour des consultations le soir et le week-end par exemple).

3.2. PROJET DU DEPARTEMENT GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE : DEVELOPPEMENT DE RESEAUX AVEC LA MEDECINE DE VILLE

L'équipe de gynécologie se reconnaît dans une prise en charge individualisée de chaque patiente accueillie dans le département. Il s'agit de permettre à chaque couple de pouvoir traverser ce moment particulier représenté par la grossesse et la naissance d'un enfant. La volonté d'écoute des inquiétudes et des questions des patientes fédère l'ensemble de l'équipe médicale. Il apparaît indispensable par contre qu'un psychiatre puisse renforcer l'équipe au côté des psychologues du Centre de Planification. Les exigences de sécurité et de qualité de l'équipe amènent également à organiser constamment et à favoriser l'enseignement post-universitaire, qu'il s'agisse des puéricultrices, des sages-femmes ou des médecins. Ainsi deux des obstétriciens ont bénéficié de la formation de médecine fœtale dispensée par l'équipe du Professeur Dumez à l'Hôpital Necker (Paris).

Le projet s'articule en conséquence autour de trois axes :

- Répondre à la demande de la clientèle en matière quantitative : pour ce faire, l'établissement doit réaliser 1 800 accouchements par an, ce qui représente la demande actuelle du secteur sanitaire concernant l'établissement.
- Un objectif qualitatif : cette augmentation du nombre d'accouchements doit s'accompagner d'une amélioration de la qualité tant au niveau de la prise en charge que de l'écriture de procédures pour tout ce qui concerne l'activité du service.
- Une mise en réseau s'avère indispensable avec les médecins généralistes de ville, les pédiatres, les gynécologues de ville, les sages-femmes libérales et l'HAD. L'objectif final est de pouvoir diminuer la Durée Moyenne de Séjour ce qui représente une économie de santé considérable.

3.3. PROJET GLOBAL DU DEPARTEMENT DE CHIRURGIE

Le département de chirurgie a été créé en 1992. La période qui a suivi a été celle de sa mise en route. En 1997 a été nommé à la fonction de co-responsable du département, un cadre infirmier déchargé de façon conséquente des tâches de soins de service pour se consacrer tout particulièrement aux tâches qu'impose la gestion de ce département.

La liaison avec les urgences

- Au bloc, les moyens en personnel devront être adaptés en fonction de la reconnaissance ou non d'un service SAU. Dans tous les cas il est indispensable de dégager du temps de brancardage les nuits et les week-ends.
- En stérilisation, une augmentation d'activité entraînera une augmentation du temps d'aide-soignants et des investissements en matériel. Toutefois le développement de l'usage unique (plateaux de pansements, plateaux de sondage) modérerait le renfort en personnel.
- Le service d'endoscopie est sous-doté par rapport à l'activité actuelle. Une augmentation d'activité devra conduire à une augmentation du personnel.

Partenaires extérieurs *(conventions à signer)*

- Avec une structure HAD ou libérale pour favoriser le retour à domicile.
- Avec les centres de moyen séjour afin de permettre une meilleure continuité des soins et une meilleure gestion des lits.
- Organisation d'un meilleur suivi des patients et d'une meilleure coordination avec les établissements de soins de suite (engagements sur lettres de sortie, ordonnances, fiche de liaison)
- Rencontres officialisées et régulières avec un responsable du plateau et de l'établissement pour répartir les patients dans les différentes unités de soins.
- Engagements écrits des directions des établissements concernés.
- Mise à disposition du plateau technique à d'autres praticiens que ceux de l'établissement qui devront en contrepartie accepter les règles propres à l'établissement E.

3.4. PROJET DU DEPARTEMENT DE MEDECINE : MEDECINS REFERENTS ET PARTENARIATS EXTERIEURS

Le département de médecine interne s'inscrit dans une situation peu concurrentielle sur l'agglomération. Deux caractéristiques principales permettent de décrire son fonctionnement : sa spécificité dans le cadre d'une prise en charge globale et son activité très diversifiée.

L'identité du département s'affirme par le mode de prise en charge du patient plus que par la pathologie prise en charge. Le type de prise en charge est défini comme global. Celui-ci se définit :

- Dans le domaine du diagnostic : comme l'identification de tous les problèmes pathologiques, y compris les aspects psychologiques, pouvant se poser pour un patient.
- Dans le domaine thérapeutique : prise en charge et traitement prenant en compte l'ensemble des problèmes pathologiques identifiés.
- Pour le patient : être pris en charge de façon globale signifie que tous ses troubles sont écoutés, analysés et pris en compte. Qu'une synthèse de son dossier est effectuée et qu'une thérapeutique précise concernant l'ensemble des problèmes pathologiques est

proposée, celle-ci allant de l'ordonnance unique récapitulative aux thérapeutiques associées (psychologique, kinésithérapie, etc.). La synthèse justifie une explication cohérente pour le patient. L'environnement social est aussi pris en compte. Il paraît important que les patients soient pris en compte totalement et en temps réel, au sens où il paraît étonnant de confier à un autre temps « après, à la sortie, par le médecin traitant » un problème pathologique qui se présente dans l'immédiat. La prise en charge d'un problème doit être traitée en temps réel, non en temps différé.

- Pour les médecins, la prise en charge globale nécessite de se préoccuper de l'ensemble des symptômes et des affections en cours, de poser un ou plusieurs des diagnostics, de proposer des thérapeutiques uniques ou multiples, en tenant compte de l'ensemble des traitements des interférences éventuelles, de hiérarchiser les problèmes en fonction de la gravité et de l'urgence, mais en gardant la responsabilité de tous les problèmes y compris ceux identifiés comme mineurs pour le corps médical (et pas forcément pour le patient).

Pour qu'une prise en charge globale des patients puisse être réalisée, il est nécessaire que soit nettement identifié le rôle des médecins intervenant auprès du patient. Des avis spécialisés ne sont demandés que lorsque ceux-ci s'avèrent réellement nécessaires, après analyse initiale complète des dossiers. Les avis spécialisés sont intégrés dans la prise en charge, sous la responsabilité du médecin référent.

Le médecin référent est responsable directement du patient dans la totalité des aspects pathologiques. Il est l'interlocuteur privilégié du patient, informe celui-ci des différents problèmes et des décisions rendues nécessaires dans une prise en charge globale et il est l'interlocuteur du médecin traitant. Il joue le rôle du fédérateur au cours de l'hospitalisation. Il effectue la synthèse du dossier et prend contact avec le médecin traitant et les divers spécialistes impliqués par la prise en charge du patient à l'extérieur. La prise de décision est de son fait. Il n'y a pas délégation pour des fractions du traitement à d'autres médecins, pour être certain que la cohérence de la thérapeutique soit vérifiée. Il peut être interniste, spécialiste d'organe, ou assistant de médecine générale si nécessaire. Il s'agit d'un médecin senior. Dans le cas d'un spécialiste d'organe, lorsqu'il joue le rôle de référent, il accepte la nature globale de la prise en charge et adhère à un mode de prise en charge comportant une activité de synthèse (entre autres des aspects ne relevant pas d'emblée usuellement de sa spécialité). La compétence dans cette activité de synthèse est issue de la formation initiale du médecin, de son intérêt pour ce mode de travail et du maintien de ses connaissances globales en médecine.

Le médecin consultant : il est conduit à donner son avis dans le cadre d'une prise en charge précise :

- Soit de pathologie d'organe comme en gastro-entérologie, en cardiologie en néphrologie et endocrinologie, (spécialité identifiée dans l'établissement).
- Soit en spécialité médicale à titre de consultant extérieur (pneumologie, neurologie).
- Soit de médecine interne si une pathologie complexe ou une synthèse rend nécessaire un avis complémentaire.

Cette activité globale implique la participation des spécialistes d'organes (essentiellement gastro-entérologie, neurologie, cardiologie, pneumologie, psychiatrie, et rhumatologie).

Plus accessoirement, prise en charge plutôt à titre externe des spécialités relevant de l'ophtalmologie, rhumatologue, ORL et dermatologie.

Des avis spécialisés ne sont demandés que lorsque ceux-ci s'avèrent réellement nécessaires, après analyse initiale complète des dossiers. Une somme de consultations spécialisées ne fait pas une prise en charge globale si aucune synthèse n'est effectuée. Les avis spécialisés sont intégrés dans la prise en charge, sous la responsabilité du médecin référent spécialiste de médecine interne.

Pour le personnel soignant (infirmier(e)s), la multiplicité des pathologies observées implique une adhésion au modèle de prise en charge globale des patients et des compétences acquises dans le cadre de cette pratique générale et diversifiée. Une mentalité recherchant une globalité de prise en compte des patients est nécessaire, la formation à une pratique de pathologies multiples et diverses est fondamentale.

Les partenariats extérieurs identifiés sont les suivants :

- Réseau d'oncologie (CHR, et Clinique M).
- Réseau de prise en charge d'alcoologie, dans le cadre d'un support pour les hospitalisations et les traitements de sevrage, les patients étant confiés par les structures partenaires (centre hospitalier psychiatrique, unité d'alcoologie, association GISME, CONTACT).
- Partenariat dans le cadre de la prise en charge de la douleur avec l'association ALGOS.
- Partenariat fort permanent avec l'AGDUC.
- Concertation avec les départements de médecines internes du CHU sous forme de réunions de travail soit dans l'établissement soit au CHR.

L'activité de gériatrie nécessitant une prise en charge globale est importante. L'ouverture du long séjour complémentaire dans l'établissement, à laquelle participe pour une partie de son temps l'un des médecins du département, ne constitue pas une filière unique du fait de la longueur d'hospitalisation en long séjour et du faible nombre de places disponibles.

3.5. PROJET DE CARDIOLOGIE

Le service de cardiologie de l'établissement a été créé en 1978. Il développe une activité de soins intensifs coronariens et un service d'hospitalisation de cardiologie courante.

- **Pathologies traitées**

  Coronarographies et cathétérismes : 31,3 % des GHM du service ; 3e GHM en nombre de l'établissement (après accouchements normaux et nouveau-nés normaux ; ratio point ISA/coût favorable pour l'établissement)

  Insuffisances cardiaques et états de choc : 12,5 % des GHM du service ; 4e GHM de l'établissement en points ISA.

  Arythmies et troubles de conduction : 8,4 % des GHM

Infarctus : 90 patients : 7 % des GHM
Développement de l'angioplastie coronaire : au sein de l'établissement actuellement « sécurisée » par les prothèses endo-coronaires et l'existence sur place d'une assistance circulatoire en maintenant les 2 plages réservées au CHU et qui peuvent permettre des procédures plus complexes.

• **Pathologies non traitées ou sous traitées :**
Hyper Tension Artérielle : « pôle d'intérêt » développé dans une structure du CHU ; peu développé dans le service.

• **Complémentarités internes :**
Services cliniques
Urgences : avis cliniques fréquents et possibilités d'hospitalisation indispensables pour tout service d'urgence médicale.
Angiologie : recrutement important de bilan de maladie thrombo-embolique.
Médecine : avis diagnostiques et thérapeutiques ; Support techniques : écho ; hotter
Anesthésie et chirurgie : bilans préopératoires ; Recrutement pour pace maker et cardioversion
Service médico-techniques
Radiologie : les examens cardiologiques ont représenté 51,7 % en 1996, (48 % en 1997) de l'activité de la salle d'angiographie en nombre de patients.

• **Création en partenariat avec le CHU** dans le cadre des Services d'Accueil et d'Urgences. d'un centre de prise en charge des urgences cardiologiques faisant intervenir des cardiologues libéraux.

• **Ouverture du plateau technique au libéral p**our les coronarographies et dilatations et pour les chocs électriques ; échographies transoesophagiennes.

• **Développement et organisation d'un fonctionnement « en réseau »** avec les cardiologues libéraux « attachés » au service pour une collaboration à la gestion quotidienne des consultations urgentes ou semi-urgentes (délais de rendez-vous actuellement trop importants des 3 cardiologues). Créations de « filières » privilégiées avec moyens séjours pour développer une prise en charge « accélérée » de l'insuffisance cardiaque, pathologie dont le nombre devrait augmenter dans les prochaines années.

3.6. PROJET DU DEPARTEMENT DE RADIOLOGIE

Le service de radiologie doit demeurer une entité particulière pour répondre aux besoins de sa clientèle et des patients hospitalisés. Il doit être capable (avoir les moyens) de s'adapter aux nouveaux projets médicaux qui seront validés par les autres services cliniques.

Rester un service polyvalent pour pouvoir répondre aux demandes prescrites :

- Aux patients hospitalisés (y compris les contraintes imposées par la prise en charge des suivis cancérologiques ou des personnes âgées).
- Aux patients externes : pour pouvoir répondre aux demandes nouvelles des prescriptions cliniques généralistes ou spécialistes.
- Aux patients admis en urgence : le développement et l'organisation du service devra se faire en cohérence avec le nouveau projet d'accueil des urgences et avec les nécessités légales de poste par cette activité.

Rester un service concurrentiel face au développement des structures radiologiques de l'agglomération :

- En maintenant et améliorant une présence effective et reconnue dans chaque domaine de l'imagerie.
- En répondant aux besoins de la population à la fois en termes de réponse technique adaptée.
- Choix du meilleur examen en termes de coût de prise en charge globale du patient (avis chirurgical, bilan biologique).
- En mettant en place des enquêtes de satisfaction de la clientèle.
- En participant activement aux EPU.

Le projet du département d'imagerie pour les 5 ans, de 1998 à 2003 est triple :

- Assurer la prise en charge radiologique des patients admis au service des urgences, cette prise en charge est lourde, elle nécessite une équipe radiologique très disponible, plus nombreuse et disposant de matériels performants.
- Permettre aux chirurgiens et médecins de l'établissement de disposer avant toute décision thérapeutique, d'un bilan diagnostic précis s'appuyant sur les données d'imagerie, et de mettre à leur disposition le rôle thérapeutique de la spécialité radiologique reconnue dans de nombreux domaines (ponction des masses, drainage des collections, pose de prothèses vasculaires).
- Répondre aux demandes des consultations externes dans les meilleurs délais. Avec une attente la plus brève possible pour le patient et pour le correspondant prescripteur, qui peut disposer si nécessaire de l'avis éclairé des médecins spécialistes de l'établissement.

L'établissement, face à de fortes contraintes financières, a choisi de se centrer sur son métier en éliminant les disciplines ou les métiers pour lesquels il ne dispose pas de ressources financières, humaines, ou techniques nécessaires. En contrepartie, il assure la prise en charge des patients par une offre en réseau. Ainsi, l'établissement se fixe comme objectif d'être capable de répondre à tous les besoins des patients, soit en les traitant dans sa structure, soit en les orientant vers la structure la plus appropriée à leurs besoins.

C'est ainsi que l'établissement se sépare des disciplines ou des activités telles que l'ophtalmologie, l'ORL et la stomatologie et qu'il met en place un certaine nombre de conventions :

- Convention avec le CHU pour le partage de la salle d'angiographie numérisée, mise en commun de personnel avec l'Hospitalisation A Domicile (HAD) du secteur, utilisation de certains équipements du CHU.
- Conventions avec les établissements privés : gestion commune d'un scanner, utilisation en commun d'une IRM, organisation complémentaire de gardes chirurgicales entre les chirurgiens viscéraux et orthopédiques, prise en charge de la douleur chronique dans le cadre d'un réseau avec des médecins généralistes de l'agglomération, conventions pour la prise en charge cancérologique avec la mise en place d'une unité de concertation.
- Convention avec le secteur associatif : accueil sur le site de la clinique de huit postes d'hémodialyse rénale gérés par l'AGDUC et convention de mise à disposition d'un médecin de cette structure, dans le département de médecine interne de la clinique.
- Convention avec un centre de moyen séjour : protocole de prise en charge pour des pathologies précises, renforcé par la signature d'une charte entre les deux établissements, charte de mise en place de protocoles de lutte contre la douleur entre les deux établissements.
- Convention avec les sages-femmes libérales, les pédiatres et les gynécologues de ville pour améliorer la qualité et la sécurité, dans le suivi de la grossesse, et la prise en charge du post-partum, par la mise en place de protocoles rédigés et communs qui permettront aux femmes qui le désirent de pouvoir trouver en dehors de l'accouchement le même suivi, à domicile ou dans l'établissement.

Le renoncement associé à ces choix est important car c'est un renoncement à l'hospitalo-centrisme qui est culturellement bien ancré dans les pratiques. Ainsi les praticiens de l'établissement acceptent d'être en relation plus directe avec les médecins de ville, de mieux leur communiquer les informations et de faire intervenir ces derniers dans le prise en charge hospitalière, de manière plus importante et continue. Ceci conduit, pour les praticiens, à une certaine perte d'autonomie dans leur travail.

De même, les médecins s'engagent à « garder » le moins longtemps possible les patients, et à toujours chercher des alternatives à l'hospitalisation, hospitalisation qui jusqu'alors représentait, malgré toutes les difficultés à trouver des lits, une solution de facilité. À présent, les praticiens sont tenus de faire les démarches nécessaires pour obtenir des places en hospitalisation à domicile ou en centre de moyen séjour. Cela les oblige de surcroît à se déplacer et à être plus disponibles selon les besoins des patients, car ils n'ont plus le patient « sous la main ». On assiste à un renversement de tendance conséquent : ce ne sont plus les patients qui sont à la disposition des praticiens, mais les praticiens qui deviennent à la disposition des patients.

SYNTHESE CHAPITRE VIII

Aujourd'hui, les établissements ne peuvent plus chercher à offrir la gamme complète des activités médicales et chirurgicales (il existe aujourd'hui environ 600 GHM différents représentant 600 prises en charge distinctes). La performance des établissements a longtemps reposé sur une logique de « toutes pathologies » ce qui les a conduit à diversifier leur activité en développant chaque discipline et spécialité. Aujourd'hui, les SROS, les normes de sécurité relatives aux tailles critiques génèrent de nouvelles logiques de performance. Chaque établissement doit se recentrer sur certains secteurs d'activité selon ses compétences clefs et développer des réseaux de coopérations pour assurer une prise en charge globale des patients.

L'activité médicale se trouve confrontée à des dimensions de performance aujourd'hui contradictoire :

- D'une part, la capacité d'un établissement à prendre en charge tous les événements médicaux d'une prise en charge en améliore la qualité par la rapidité de la réponse.
- Mais cette qualité est contrainte par la notion de taille critique, puisque le corps médical considère que, en deçà d'un certain nombre d'actes, les risques d'erreurs sont accrus (principe du *learning by doing*).
- La notion de rapidité de prise en charge requiert une certaine proximité des établissements et de la population.
- Le système de santé ne concourt qu'à hauteur de 20 % environ à la santé de la population et toute dépense dans le champ de la santé constitue un coût d'opportunité pour les autres secteurs de la vie économique et les autres formes de contribution à la santé de la population (telle la qualité de l'environnement et l'hygiène alimentaire).

La performance des hôpitaux est au carrefour de dimensions incompatibles : on ne peut conjuguer simultanément la *proximité des établissements* de la population qui conduit à implanter un nombre important d'établissements sur l'ensemble du territoire, avec la nécessité d'un *plateau technique et de compétences médicales complètes* dans chacun des établissements, avec encore une certaine *masse critique* de prises en charge pour chaque acte médical et chirurgical dans chacun des établissements pour assurer une certaine qualité, tout ceci sous contrainte de *dépenses de santé* considérées comme trop importantes par rapport aux résultats sur la santé de la population.

À ce problème d'optimisation sous contraintes multiples et contradictoires, il n'existe pas de solution unique et absolue. À ce problème, il existe des solutions meilleures que les autres par rapport au contexte, contexte qui comprend l'évolution des technologies, des disciplines médicales, mais aussi des attentes des parties prenantes au système hospitalier et de l'ensemble de la population.

Aujourd'hui, le contexte du secteur hospitalier est tel que les dimensions autrefois prépondérantes de la performance hospitalière ne le sont plus aujourd'hui : l'établissement n'est plus le lieu de toutes les technologies et de toutes les prises en charge. L'établissement est le lieu de la qualité pour certaines prises en charge et de la réactivité pour transférer les patients ne relevant pas de ses compétences vers le lieu adapté. L'établissement est le lieu aujourd'hui de la juste prise en charge, qui ne se borne plus aux deux éléments diagnostic et thérapeutique, mais qui comporte aujourd'hui d'autres configurations : diagnostic et transfert, diagnostic et orientation, mise en condition et transfert, traitement et transfert.

Ceci conduit les établissements dans cette nouvelle donne de performance à construire leur propre performance et par conséquent à **choisir** leur propre réponse aux besoins de santé de la population. Le renoncement à certaines activité qu'impliquent les choix est cependant très douloureux pour les professionnels, d'une part parce que pour certain, cela reste contradictoire avec une certaine idée de la qualité des soins, mais surtout parce que cela remet en cause certains fondements culturels de leur activité, ainsi que certains postes médicaux, et oblige à certaines *reconversions* de praticiens. Ces reconversions constituent un fait totalement nouveau dans le secteur hospitalier auquel le corps médical n'est nullement sensibilisé. C'est pourquoi les choix doivent être partagés entre les acteurs.

Conclusion troisième partie

Cette troisième partie de notre thèse était consacrée à l'analyse de trois démarches d'élaboration de projets d'établissements auxquelles nous avons contribué ; contribution sous-tendue par notre volonté d'analyser empiriquement le processus conduisant d'une vision éclatée de la performance (chaque partie prenante se limite à sa vision) à une vision partagée (les parties disposent au terme du processus d'une vision commune). Cette vision partagée constitue pour nous une condition fondamentale de la performance globale du système hospitalier.

L'élaboration du projet d'établissement constitue le moment privilégié de confrontation des différentes représentations en présence de la performance d'un établissement de santé. Il s'agit de confronter les représentations des acteurs internes, et également de les confronter avec les représentations des acteurs externes. Le projet d'établissement, avec le contrat d'objectifs et de moyens qui en résulte, est le point de rencontre des acteurs internes par le biais de la réflexion que celui-ci génère entre eux. Il constitue également le point de rencontre des acteurs internes et des acteurs externes par le biais des négociations externes continues, menées par les instances de direction des établissements avec les instances de direction régionales.

C'est de ces confrontations basées sur le respect de l'autre, le dialogue, l'écoute, la négociation, la transparence, la contractualisation que se forge le lien social d'appartenance à l'organisation et la vision commune de la performance de l'établissement.

L'obtention d'une vision partagée de la performance est un processus très long qui consiste à énoncer les enjeux, à favoriser (et parfois forcer) le dialogue, à décider en dernier ressort, puis à faire adhérer l'ARH au projet. C'est un processus très long car justement les acteurs ont beaucoup de difficultés à comprendre les autres référentiels de l'action, dans un secteur qui s'est développé sur la base de la segmentation et du cloisonnement.

Sur le terrain, nous avons recensé onze comportements caractéristiques des acteurs :

- **Absence de toute implication** : le projet d'établissement est perçu comme une formalité réglementaire réalisée par les instances de direction qui ne va pas changer grand chose aux objectifs et à l'organisation de l'établissement. L'implication des acteurs a été très variable au cours du temps et pour un même acteur. Cette implication a varié de manière inversement proportionnelle à la détermination affichée par les membres du noyau dur du Copil.

- **Fatalisme** : cette attitude est très présente. Les acteurs véhiculent l'idée que tout va mal : les conditions de travail sont mauvaises, la qualité de la prise en charge s'en ressent, manque de personnel, manque de place, manque de tout. Tout le monde se plaint en précisant aussitôt que l'on ne peut absolument rien changer à cette situation, beaucoup s'y sont essayés en vain.
- **Idéalisme** : le diagnostic de l'établissement ayant redonné une image positive de l'activité avec des potentiels importants, les acteurs rêvent à voix haute.
- **Réalisme et renoncement** : la traduction des rêves en mesures concrètes ramène les acteurs aux contraintes de ressources de l'établissement et à la nécessité de prendre quelque part ce que l'on rajoute ailleurs. Le jeu est à somme nulle. Les acteurs développent alors des stratégies de blocage.
- **Syndrome de Pénélope :** face à la détermination des promoteurs à vouloir un changement profond dans l'activité de l'établissement, les acteurs font bonne figure en faisant mine de participer à la construction de la nouvelle performance lors des réunions, pour la déconstruire une fois de retour dans leurs services.
- **Coalitions volatiles d'acteurs :** des coalitions entre acteurs se forment et se déforment au gré des préoccupations de chacun et des thèmes de réflexion abordés. Ces coalitions sont très instables, car ne reposant pas sur des liens préexistants, de complicité professionnelle ni de convergence de points de vue, mais sur la volonté de faire entendre sa position à court terme.
- **Apparence de solidarité** : le corps médical fait front contre l'administration. Lors des réunions, ses membres se comportent toujours comme une unité indivisible. Le corps administratif paraît soudé. Les réunions deviennent alors une discussion entre deux voix, aspect conforté par la répartition physique des individus dans la salle : d'un côté les médecins, de l'autre les administratifs et au milieu le consultant, sujet transactionnel de toutes les agressivités, contradictions et impasses.
- **Stratégies individuelles** : devant la constatation amère que personne ne peut comprendre les spécificités de leurs problématiques ni les raisons qui légitiment le *statu quo* concernant leur activité, les acteurs adoptent alors des stratégies individuelles de blocage du projet, en parasitant la communication autour du projet et en *« divisant pour mieux régner »*.
- **Déception et lassitude** : malgré toute la bonne volonté, un projet qui vise à reconfigurer fondamentalement les référentiels de performance de l'établissement, et ceci en mobilisant l'ensemble des acteurs, est terriblement long, et terriblement consommateur de temps, pour n'en voir aucun résultat immédiat. Des sentiments de lassitude et de déception naissent chez les acteurs, qui se désengagent alors de la démarche.
- **Difficulté d'affirmer une pensée individuelle** : l'expression d'une pensée individuelle, qui conduit à être en rupture avec le groupe d'appartenance, est un frein à l'engagement des acteurs, que cette rupture soit réelle ou seulement perçue. Même lorsque sa volonté d'engagement dans les nouvelles orientations est réelle, le problème pour l'acteur est de ne pas être le seul à s'engager au risque, si la réflexion avorte, d'être exclu de son corps professionnel et de vivre un ostracisme pesant dans les années venir. Or le manque de communication entre les acteurs conduit à ce que chacun pense que les autres privilégient le *statu quo*. Cela conduit à des situations paradoxales : pris individuellement, tout le monde est d'accord sur certaines orientations, mais collectivement, elles sont refusées.

- **Test permanent de l'engagement de la direction** : la contrepartie de l'implication du personnel dans la démarche est que celui-ci exige un engagement et une prise de responsabilité complets de la direction. Le corps médical teste la direction sur ses engagements régulièrement en lui demandant de rendre des comptes et en se tenant informé des négociations que celle-ci mène avec les tutelles.

Tour à tour les acteurs ont adopté différentes attitudes face au projet. Dans le cas V et le cas E, la réflexion a continué et a abouti aux solutions présentées dans le chapitre VIII. Les acteurs ont réussi à construire leur performance en déterminant la manière dont ils allaient s'inscrire dans l'offre de soins hospitalière. Ces projets induisent des changements profonds, qui risquent de se confronter à de nouvelles difficultés lors de leur mise en œuvre, mais l'engagement des acteurs est aujourd'hui réel. En revanche, dans le cas C, les attitudes des acteurs et surtout les stratégies individuelles développées ont conduit à paralyser la recherche de vision partagée de la performance.

Autre paramètre essentiel du comportement des acteurs à prendre en compte dans cette construction d'une vision partagée : le rapport au temps. En effet, le temps des praticiens hospitaliers n'est pas celui des administratifs de l'établissement ; qui est lui-même différent de celui de l'administration de tutelle. La conjugaison de ces différents temps est très difficile : les praticiens voudraient voir les effets du projet sur leur activité instantanément et les administratifs sont contraints de suivre des procédures de négociation en externe relativement longues. Ces différents temps concourent au découragement des acteurs et à la lenteur du processus de vision partagée.

Le tableau suivant présente la synthèse des enseignements que nous tirons des trois phases du processus de recherche de performance décrits dans cette partie.

Les enseignements de la phase I	**Les enseignements de la phase II**	**Les enseignements de la phase III**
■ Expliciter et sensibiliser les acteurs internes aux enjeux tels qu'ils sont perçus par la direction ■ Faire prendre conscience des enjeux négociables et de ceux qui ne le sont pas. ■ Faire émerger les enjeux de chacun et repérer les convergences et divergences entre eux. ■ Recueillir un compromis sur les enjeux négociables et ceux qui ne le sont pas. ■ S'appuyer sur ceux qui se mobilisent, ceux qui saisissent les enjeux et ne craignent pas les conséquences de la recherche de performance. ■ Accepter les fluctuations de mobilisation	■ Fournir l'information privilégiée aux différents acteurs. ■ Repérer et fournir l'information pertinente et cohérente aux acteurs ■ Confronter les deux types d'information et s'assurer que l'information fournie a du sens pour les différents acteurs. ■ Objectiver et mettre en perspective l'activité de chacun pour négocier un diagnostic partagé. ■ Diffuser le diagnostic à l'ensemble des acteurs. ■ Ne pas craindre de reculer de deux pas quand on vient péniblement d'avancer d'un pas. ■ Être conscient que l'obtention d'un diagnostic partagé constitue un point de basculement de l'engagement des acteurs dans une véritable recherche de performance.	■ Croiser le diagnostic et les enjeux pour élaborer des scénarios avec leurs conséquences et les moyens nécessaires. ■ La direction doit garantir la transparence et la non-nocivité du processus pour les acteurs qui s'engagent. ■ Confrontation des différents scénarios pour rapprocher les points de vue et aboutir à un diagnostic partagé. ■ Renoncer : tout choix implique renoncement, il faut par conséquent être clair sur les renoncements que cela implique. ■ Informer et consulter l'ARH, négocier avec l'ARH. ■ Ne pas demander aux acteurs de se sacrifier eux-mêmes : la décision relève de la direction. Soit la direction prend acte d'un consensus, soit elle tranche, mais c'est elle qui prend la décision.

Le premier point important d'engagement des acteurs dans l'élaboration d'une vision partagée des enjeux de la performance est l'explicitation desdits enjeux. Une journée animée par les instances de direction, de sensibilisation aux enjeux et de réponse aux questions que peuvent se poser les acteurs, est indispensable. Ceci afin d'affirmer la volonté et l'engagement de la direction dans la démarche. Cette sensibilisation a comme effet recherché de mobiliser les acteurs sur la réflexion et de professionnaliser le processus de réflexion lui-même, en faisant prendre conscience aux acteurs, que l'hôpital est un élément local d'un ensemble plus vaste, et que les orientations doivent s'inscrire dans cet ensemble plus vaste.

Le deuxième point important est que la mobilisation des acteurs sur les enjeux n'est pas immédiate et fluctue dans le temps. Les instances de direction ne doivent pas attendre l'engagement de l'ensemble pour amorcer la réflexion, mais doivent accepter qu'il y ait des engagements et désengagements dans la réflexion. La direction doit s'appuyer sur les acteurs engagés et ne pas montrer d'hésitation quant à l'enjeu de la démarche.

La phase de diagnostic est très importante car elle constitue le moment de la mise en perspective des différentes logiques de performance en présence. Chacun des acteurs a une vision parcellaire de l'activité et chacun des acteurs n'est capable de s'approprier

qu'une certaine partie de l'information. Par exemple, les médecins considèrent que les actes classants issus du PMSI fournissent une représentation correcte de leur activité, mais seuls les médecins sont à même d'apprécier cette représentation. C'est pourquoi, implicitement au cours de cette phase, s'élabore une cartographie des référentiels de performance des acteurs : le diagnostic permet alors un passage de l'implicite à l'explicite et la prise de conscience par chacun des critères de performance des autres. Le diagnostic permet de négocier les représentations qu'ont les différentes parties prenantes des caractéristiques de l'activité.

Cet éclairage nous permet de mettre l'accent sur un point que nous n'avons pas abordé jusqu'à présent : le rôle du dirigeant dans le processus d'acquisition d'une vision partagée de la performance en tant que *« garant des règles, porteur des valeurs du groupe et élément moteur de sa dynamique*[388] *»*. La définition de priorités de la performance et l'engagement des acteurs dans la mise en œuvre de ces priorités *« repose sur l'engagement explicite de la hiérarchie. En effet, le personnel n'est pas à même de lancer et de soutenir seul un projet aussi vaste dont les conséquences s'étendent à toute l'organisation prenant de ce fait une portée stratégique*[389] *»*. Une des raisons de ceci est la résistance de certaines catégories de personnel qui se sentent menacées par le renoncement temporaire ou définitif à certaines dimensions de la performance. De tous les obstacles à surmonter, la résistance au changement est sans aucun doute le plus difficile, car il met en jeu des mécanismes diffus, souvent inconscients, donc malaisés à identifier et à modifier.

La capacité de l'organisation à coordonner les actions individuelles, pour définir des objectifs communs et les atteindre, repose sur un management adapté de l'organisation. Ce management relève des fonctions des dirigeants de l'organisation. *« L'une des images de l'hôpital la plus couramment évoquée par les personnels et par les médecins est celle de la bureaucratie au sens péjoratif du terme, c'est-à-dire l'image d'un système sclérosé, paralysé par le poids de la hiérarchie et surtout les règlements de toute nature émanant de l'administration et des tutelles.(…) Une bureaucratie qui surfe sur le droit et qui ignore l'organisation*[390] *»*. Les dirigeants doivent s'impliquer très fortement dans les réalités de terrain et ne pas se contenter d'administrer l'établissement. Les visions partagées sur les enjeux de la performance, le diagnostic de la performance et les priorités de la performance, reposent sur la capacité du ou des managers à instaurer les conditions de rencontre des acteurs, de propositions par les acteurs, et de négociations sur chacun des points. Sachant qu'en dernier ressort, c'est le dirigeant qui tranche et c'est lui qui engage l'établissement vis-à-vis de l'ARH.

---

[388] Weisz R., « Efficacité du travail : fausses pistes et vrais enjeux », *Revue Française de Gestion*, Mars-avril 1987, 17p.
[389] Claveranne J.-P., Pascal C., 1997, op. cit., p. 65.
[390] Pascal C., 2000, op. cit., pp. 60-61.

D'où, trois caractéristiques principales des dirigeants :

- Un engagement réel et soutenu dans la démarche : *« Le projet nécessite un leader charismatique qui endosse le projet de l'organisation*[391] *»*.
- Une réelle prise de responsabilité du projet et des risques que celui-ci génère. Les promoteurs du projet doivent renoncer à satisfaire d'autres dimensions de la performance, telles que les dimensions afférentes à leur promotion de carrière par exemple. Le risque ne peut être pris que par quelqu'un qui est prêt à en assumer les conséquences.
- Une réelle écoute des acteurs. *« D'une façon similaire, la mise en place d'un processus démocratique est indispensable à la construction généralisée, à la diffusion et à la légitimation du projet*[392] *»*.

Dans le cas V, c'est la conjugaison des compétences spécifiques des deux promoteurs du projet (le directeur et le président de CME), leur réel engagement et prise de responsabilité dans la démarche, ainsi que leur écoute des acteurs dans toutes les phases du projet, qui ont constitué les piliers du processus d'élaboration du projet, piliers qui ont permis de franchir les difficultés inhérentes à un tel bouleversement.

Le directeur, fait exceptionnel pour un établissement public, exerce ses fonctions depuis 20 ans dans cet établissement. Le président de CME exerce lui aussi depuis vingt ans dans cet établissement et a exercé les fonctions de président de CME pendant trois des quatre derniers mandats de la présidence. Ces deux promoteurs du projet ont des logiques de performance qui ne sont pas les logiques habituelles de ce type d'acteurs, du fait de leur position. Plus que par des considérations de carrière personnelle, ces deux acteurs sont motivés par la volonté de reconfigurer l'activité de l'établissement pour assurer la pérennité de l'activité de court séjour, convaincus que celle-ci a sa place dans le paysage hospitalier de la région.

À l'opposé, dans le cas MC, le projet a achoppé sur l'incapacité des managers à prendre ouvertement les décisions imposées par les diagnostics acceptés et partagés par l'ensemble des parties prenantes à la réflexion. De notre expérience, nous dégageons trois causes majeures explicatives de cette incapacité à décider :

- Un manque de promoteur clair du projet. Personne ne porte clairement le projet, et toute le monde attend que ce soit les autres qui prennent la décision pour ne pas en endosser les responsabilités.
- Personne n'est prêt à payer les conséquences d'un recentrage de l'activité sur les trois disciplines phares : on ne peut demander aux médecins de se sacrifier eux-mêmes ou de sacrifier leurs collègues. Les administratifs quant à eux sont pris dans des logiques professionnelles qui les conduisent à éviter tant que possible les décisions houleuses.
- Ceux qui maîtrisent la compétence technique (les médecins) ne peuvent prendre une telle décision et les connaissances sont diluées au niveau des administratifs. Ceci

[391] Vinot D., 2000, op. cit. ; p. 300.
[392] Vinot D., 2000, op. cit. ; p. 300.

accentue l'impossibilité pour chacun de prendre des risques dans une situation caractérisée par une forte incertitude.

Dans le cas E, l'existence d'un pôle politique formalisé, connu et reconnu a constitué un préalable clef à la capacité de l'organisation à redéfinir ses référentiels de performance et à choisir les axes structurants de sa stratégie. Dans cet établissement, le projet politique s'est ancré au milieu des années 1980 dans un enjeu de survie. La capacité du pôle politique à maintenir l'activité de l'établissement tout en améliorant la qualité des soins, tout au long des quinze dernières années, a créé une relation de confiance entre la direction et le personnel de l'établissement. C'est dans ce contexte de confiance, étayé par une vision commune des enjeux, que l'établissement s'est doté de référentiels de performance construits collectivement, et a défini les orientations de son activité pour les années à venir. Les acteurs sont véritablement engagés dans une dynamique d'amélioration de la performance, dont le sens et les objectifs sont définis dans le projet d'établissement.

Nous dégageons cinq raisons de cette situation dans l'attitude de la direction :

- Des membres de la direction en relation directe : le président du conseil d'administration participe activement à la démarche projet tout en donnant au directeur un pouvoir et une reconnaissance forts.
- Un engagement réel et soutenu dans la démarche du directeur et des chefs de services avec une volonté forte et continue. Le projet est véritablement soutenu tout au long de sa mise en œuvre.
- Une réelle prise de responsabilité des membres de la direction concernant les orientations définies par le projet et les risques que celui-ci génère.
- Une connaissance réelle des problématiques.
- Une réelle écoute des acteurs.

Par ailleurs, notons que, dans le cadre de ces trois terrains, chaque recherche de vision partagée a été continue et jamais acquise une fois pour toute. Ainsi, chaque remise en cause d'un élément conduisait les acteurs à remettre en cause l'ensemble des éléments du projet. Par exemple, lorsque les acteurs de V refusaient la création d'une unité de diagnostic et de traitement rapide, ils remettaient en cause les enjeux de la performance ainsi que les diagnostics réalisés.

Enfin, ces études de cas ont validé le caractère incontournable des vecteurs actuels de la légitimité de l'action des hôpitaux (les méta-dimensions de la performance) dans cette recherche d'une vision partagée de performance. En effet, ces méta-dimensions objectivent les trois phases du processus de recherche et permettent d'extraire les acteurs de l'hospitalo-centrisme ambiant.

Certes ces trois méta-dimensions ont été pondérées et déclinées différemment dans chacun des établissements, mais c'est leur présentation aux acteurs et l'appropriation de celles-ci par ces derniers, qui ont permis d'engager véritablement le processus de recherche de performance et de lui donner du sens. C'est également la prise en compte de ces méta-dimensions qui permet d'obtenir un avis favorable de l'ARH au projet

d'établissement, ainsi que son corollaire de mise en œuvre : le contrat d'objectifs et de moyens.

Conclusion générale

L'œuvre qu'on portait en soi paraît toujours
plus belle que celle qu'on a faite.

Alphonse Daudet, Contes du lundi, « le dernier livre ».

Au terme de notre travail, il convient de s'interroger sur le chemin parcouru au cours des trois parties de notre thèse, d'en dégager les apports principaux, les limites et les perspectives de recherche.

Une idée forte a structuré nos propos : la crise de légitimité qui frappe le secteur hospitalier est l'élément déclencheur du mouvement important actuel de quête de la performance de l'offre de soins hospitalière. Cette crise de légitimité est imputable à la complexification des attentes sociales à son encontre. Initialement crée pour isoler les malades et les aider à mourir, l'hôpital a ensuite eu pour vocation d'hospitaliser les malades et de traiter leurs pathologies. Aujourd'hui l'hôpital se voit attribuer des missions de prévention et d'éducation, de prise en charge sociale, d'orientation dans le système de soins, d'accueil et de traitement différencié selon les caractéristiques des individus, tout ceci sous contraintes de proximité pour réduire les délais, de risque zéro de la prise en charge et de rationalisation des dépenses.

Dans ce contexte, nous avons tout d'abord formulé deux constats issus de nos premières observations : notre premier constat est que les difficultés des hôpitaux à améliorer leur performance témoignent d'une perte de sens dans les stratégies et les gestions mises en œuvre à l'hôpital. Notre deuxième constat est que la performance hospitalière est appréhendée de manière multiple selon les acteurs.

De ces constats, notre problématique de recherche a alors consisté en la recherche des paramètres de la performance hospitalière : son contexte, ses fondements et les conditions de sa réalisation. Deux hypothèses structurantes ont constitué le fil conducteur de notre réponse à cette problématique de recherche. Notre première hypothèse est que la performance hospitalière réside dans la recherche d'une vision partagée du sens et des dimensions de celle-ci. De manière concomitante à la réflexion sur le *comment* de l'action, les acteurs doivent s'interroger sur le *pourquoi* de l'action. Notre deuxième hypothèse de travail est que l'hôpital doit s'engager dans un processus de gestion finalisé par la recherche d'une vision partagée de la performance.

La réponse à notre problématique impliquait, préalablement à toute étude ou proposition de solution, de qualifier la performance et d'en définir le contexte, ce qui a fait l'objet d'un premier chapitre. Dans le secteur hospitalier le discours autour de la performance est ambigu quant à l'acception retenue de ce terme. Tour à tour le terme est utilisé pour qualifier les seuls résultats des établissements de soins, mais aussi pour classer les établissements entre eux (un établissement est plus performant qu'un autre), qualifier leur processus de prise en charge ou leur potentiel de réponse aux attentes des patients. Cette ambiguïté définitionnelle traduit l'ambiguïté du discours des acteurs autour des objectifs et des orientations de la recherche de performance. Cette ambiguïté « définitionnelle »

dans le champ hospitalier traduit le fait que l'on ne sait pas véritablement à quoi fait référence la recherche de performance : est-ce uniquement une recherche d'indicateurs d'appréciation des résultats ou est-ce une recherche d'amélioration de l'offre de soins ? Est-ce une recherche qui se situe au niveau national, au niveau régional ou au niveau local ?

Les pouvoirs publics ont orienté leur recherche de performance selon deux axes : un premier axe vise à améliorer les processus de décision dans le secteur hospitalier en modifiant les modalités de ce processus. Le deuxième axe vise à mettre en place des instruments d'évaluation de l'offre de soins hospitalière. Les pouvoirs publics, en 1991 et en 1996, ont alors bien compris la nécessité d'une vision partagée en créant des points de rencontre, de consultation et de négociation entre les acteurs : *« une bonne concertation est un gage essentiel de réussite de la politique de contractualisation et de planification. Différentes mesures sont donc destinées à favoriser cette concertation et à rapprocher les différents acteurs*[393] *»*. La création de points de rencontre entre les acteurs s'est accompagnée de la mise en place de dispositifs communs d'appréciation de l'activité hospitalière : *« le projet de loi crée un dispositif commun d'informations, alimenté par les établissements de soins, en direction de l'Etat et des organismes d'assurance maladie*[394] *»*. La construction du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, le choix du projet d'établissement comme instrument de la stratégie des établissements, la définition de Contrats d'Objectifs et de Moyens ont pour fondement implicite la recherche de vision partagée.

Mais dans un système où les statuts des agents et des établissements ainsi que les instruments de gestion contingentent fortement toute évolution, le levier d'action de la performance qu'est la vision partagée est oublié au profit de la mesure, qu'il s'agisse des études macro-économiques de l'Organisation Mondiale de la Santé, des études nationales des coûts et des procédures d'accréditation, ou qu'il s'agisse de la réponse des médias ou des établissements de santé eux-mêmes, qui vont chercher à occulter leur absence de vision partagée en se focalisant sur des instruments d'évaluation et des procédures de mises en œuvre.

Les mécanismes de régulation définis par les pouvoirs publics ne semblent pas opérants pour améliorer la performance, non pas parce qu'ils sont mal conçus, mais parce qu'ils ne sont pas utilisés dans le bon sens. Les acteurs utilisent les instruments de régulation et d'évaluation de la performance dans une vision éclatée et non dans une vision partagée de celle-ci, ce qui conduit à des blocages dans la stratégie des établissements de soins. Ainsi, l'établissement MC, présenté en troisième partie de notre travail, ne parvient-il pas à définir sa stratégie de performance dans le cadre du projet d'établissement, car chacun des acteurs demeure dans sa vision locale des enjeux, du diagnostic de la situation et des priorités de la performance, et n'accepte aucune négociation. L'établissement MC, par

[393] Assemblée Nationale, *Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi n° 1876 portant réforme hospitalière*, document mis en distribution le 9 avril 1991, 340p

[394] Assemblée Nationale, *Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi n° 1876 portant réforme hospitalière*, document mis en distribution le 9 avril 1991, 340p.

conséquent, maintient une offre de soins relativement coûteuse, en conservant des disciplines excédentaires sur le secteur (ophtalmologie et ORL) et en se positionnant non pas en complémentarité mais en concurrence avec les autres établissements de l'agglomération. En revanche, l'établissement E qui a su engager ses acteurs sur des enjeux, sur un diagnostic et sur des priorités de performance communs est alors capable de repositionner son offre de soins sur l'agglomération en développant la coopération et les réseaux de prise en charge, en recentrant son activité sur les orientations définies par le SROS et en répondant aux besoins sanitaires de la population de l'agglomération. Les mécanismes de régulation créent des lieux de rencontres entre acteurs pour favoriser la vision partagée de la performance hospitalière. Mais les seules rencontres ne suffisent pas. La simple mise à disposition d'outils communs ne suffit pas à l'obtention d'une vision partagée, encore faut-il que les acteurs les utilisent dans le même sens et aient véritablement la volonté de comprendre les différentes logiques en présence.

Au cours de cette quête de vision partagée de la performance, dans les terrains multiples que nous avons investigués, nous avons dégagé trois méta-dimensions de la performance que nous avons nommées : *performance verticale* qui traduit la capacité de l'établissement à inscrire sa performance locale dans la performance globale du système de santé ; *performance horizontale* qui traduit la capacité d'un établissement à combiner sa performance locale avec les autres performance locales dans le cadre d'une activité réticulaire ; la *performance latérale* qui traduit la capacité d'un établissement à répondre aux attentes des individus tour à tour patients, professionnels, financeurs, citoyens et acteurs du système hospitalier. Ces trois méta-dimensions constituent les fondements de la performance communs à l'ensemble des établissements de santé. La légitimité des établissements de santé est conditionnée par ces trois dimensions. Si ces dimensions sont les dimensions clefs à l'heure actuelle dans la recherche de performance, celles-ci n'expliquent pas les logiques d'acteurs des établissements de santé. C'est pourquoi nous avons recherché dans la littérature les modèles explicatifs des référentiels de performance des acteurs.

Notre étude des modèles théoriques de la performance hospitalière nous a permis de recenser quatre modèles de base d'appréhension de la performance hospitalière :

- La performance hospitalière peut s'appréhender comme l'atteinte des objectifs rationnels. Ces modèles sous-tendent les analyses économiques de types coût-efficacité. Un hôpital, dans ce type de modèles, est alors réputé performant lorsqu'il est efficient économiquement, c'est-à-dire qu'il produit le plus possible au moindre coût.
- La performance hospitalière peut s'appréhender aussi par rapport aux ressources détenues par l'établissement. Les modèles des ressources s'appuient sur la capacité de l'organisation à mobiliser et/ou obtenir des ressources. Ces modèles définissent la performance selon la capacité de l'organisation à s'approprier les ressources requises à son bon fonctionnement et nécessaires à sa survie. La performance de l'établissement s'évalue alors non pas en fonction de ce qu'il fait mais en fonction de ce qu'il est capable de faire.
- La performance hospitalière peut s'apprécier également comme la capacité de l'établissement à satisfaire ses parties prenantes. Les organisations sont perçues comme des arènes politiques où de multiples parties prenantes et coalitions interagissent et où

l'accent est mis sur les besoins de satisfaction des parties prenantes et sur les activités mises en œuvre par l'organisation pour se maintenir.

- La performance hospitalière peut s'apprécier enfin comme la capacité de l'établissement à mettre en œuvre des processus de production répondant à des normes de fonctionnement établies. En quelque sorte, les moyens assurent les fins. Ici, ce ne sont pas les ressources qui comptent mais la manière dont elles sont mobilisées pour la réalisation de l'activité.

Ces modèles théoriques de performance hospitalière reposent sur une vision institutionnelle et locale d'appréciation de celle-ci, vision non mise en perspective avec les autres facteurs du système de santé. Les travaux du GRIS combinent ces quatre modèles pour donner un cadre global de performance hospitalière et l'équipe de R. Sainsaulieu s'attache à définir des corrélations entre différentes dimensions de la performance (dimension économique, dimension commerciale, dimension productive et dimension sociale). Seul A. Donabedian parmi l'ensemble des modèles présentés fait référence à la nécessaire inscription de la performance locale dans la performance globale, à la nécessaire mise en commun des compétences médicales et soignantes pour améliorer la qualité de la prise en charge, et enfin au caractère singulier des besoins et attentes de chaque patient.

Chacun des modèles tente d'appréhender la performance au regard de critères qui renvoient alors aux objectifs de l'organisation. Par conséquent, l'évaluation de la performance se définit comme un différentiel entre un référentiel de performance et une représentation du réalisé. Ce référentiel de performance est un construit social, résultante de l'histoire de l'hôpital et du système hospitalier dans son ensemble.

Sur le terrain, nous avons pu observer que les quatre modèles d'appréhension de la performance hospitalière sont très fortement ancrés dans les référentiels des acteurs qui les combinent pour formuler leurs attentes : ceux-ci considèrent implicitement que la performance d'un établissement repose sur le maximum de ressources détenues ; ils attendent de l'établissement qu'il satisfasse leurs exigences en termes d'organisation du travail, et cette satisfaction est un critère important de performance de l'établissement pour eux ; ils ont aussi bien intégré le fait que l'efficience économique est le mode discriminant d'évaluation de la performance par les tutelles et répercutent ceci dans leurs comportements pour afficher de bonnes performances vis-à-vis de celles-ci ; enfin, en ce qui concerne les processus de prise en charge, les professionnels sont sensibilisés par le biais du développement des démarches d'accréditation et intègrent peu à peu cette dimension dans leur propre référentiel de performance. Les acteurs jonglent « inconsciemment » et en permanence avec ces critères de performance et s'appuient tantôt sur le critère des ressources, tantôt sur le critère de l'efficience économique, tantôt sur le critère des processus et tantôt sur le critère de la satisfaction des parties prenantes pour argumenter leur point de vue local sur le sens de la performance.

Cette approche du terrain nous a enseigné que la performance est aujourd'hui un **construit social éclaté**. Chacun des acteurs a une vision parcellaire de l'activité de son établissement et ne connaît que son environnement propre. Si chacun des modèles

présentés permet effectivement d'apprécier une dimension de la performance hospitalière, l'intégration de l'ensemble des dimensions requiert une véritable vision commune des objectifs du système de santé et des réponses que l'établissement peut y apporter. Or, les référentiels sont distincts, les langages sont distincts, les lieux de décision et d'action sont distincts, les problématiques sont distinctes. Par conséquent, la rencontre entre les acteurs au sein d'un même établissement est impossible, d'où la nécessité de construire une vision partagée de la performance.

Dans les trois établissements que nous avons étudiés dans le cadre de notre thèse, la recherche d'une vision partagée de la performance s'est structurée en trois temps :

- Le premier temps a consisté en la mobilisation des acteurs sur les enjeux de la performance afin de leur faire prendre conscience que l'activité de l'établissement ne peut se penser indépendamment des autres entités du système de santé, et que la pérennité des établissements repose justement sur leur capacité à s'inscrire dans le global, à organiser l'offre de soins en réseaux et à répondre aux attentes spécifiques de la population. Ces enjeux se sont traduits de manière distincte dans chacun des trois établissements du fait des facteurs de contingence propres à chacun d'eux.
- Le deuxième temps a consisté en la recherche d'une vision partagée entre les acteurs sur le diagnostic de l'établissement. Chacune des catégories d'acteurs dispose d'une représentation de l'activité de l'établissement selon un angle de regard correspondant à sa propre activité au sein de l'établissement. Par conséquent chaque acteur a sa propre opinion concernant la performance de l'établissement. Il faut alors parvenir à établir un diagnostic partagé entre l'ensemble des acteurs. Le diagnostic partagé ne va pas de soi, car tout système d'évaluation de l'activité ne fournit qu'une représentation parcellaire de cette réalité selon un angle de regard spécifique et chaque jugement de valeur est légitime.
- Le troisième temps a consisté en la recherche d'une vision partagée sur la détermination des axes prioritaires de la performance. En effet, la performance d'un établissement de santé se décline en une multitude de dimensions. Il suffit de chercher à apprécier la qualité des soins dispensés pour se rendre compte de l'aspect multidimensionnel de la performance. Par conséquent, un établissement ne peut améliorer toutes les dimensions de la performance en même temps et doit alors définir ses priorités. Celles-ci sont différentes selon les facteurs de contingence de l'établissement. Ainsi pour l'établissement V la priorité est à la reconstruction du plateau technique et à l'amélioration de la prise en charge des urgences pour s'inscrire dans les priorités du SROS et répondre aux attentes de la population. L'établissement E, quant à lui, a comme priorité de développer des coopérations et des réseaux pour améliorer la prise en charge des patients et concourir à la recomposition de l'offre de soins hospitalière sur le secteur sanitaire.

Le processus de construction d'une vision partagée de la performance est long et sinueux. Cette vision partagée de la performance n'est jamais acquise une fois pour toutes. Elle doit être remise en cause en permanence car elle est au cœur de la confrontation du global et du local, du collectif et de l'individuel, de l'actif et du passif, du conflictuel et du consensuel.

Pour conclure, la crise de légitimité de l'offre de soins hospitalière conduit à repenser différemment la performance hospitalière. Une réflexion doit être menée par l'ensemble des individus sur les orientations politiques générales de notre société pour en déduire les fondements de la performance hospitalière qui en découlent. Cette réflexion implique de s'interroger sur le *pourquoi* et non uniquement sur le *comment*. Cette réflexion, pour se commuer en décisions et en actions concrètes dans le sens souhaité, requiert une vision partagée des choix de société et des fondements de la performance qui en émanent. Le « prix » à payer de cette vision partagée est le temps : le temps de chacun pour échanger, pour négocier, pour discuter, pour renoncer, pour changer de point de vue, pour se repositionner, pour accepter parfois de revenir en arrière. Le prix à payer pour les acteurs est le temps, temps qui ne fait pas partie des critères d'évaluation de leur performance, temps « bénévole », et pourtant temps indispensable.

Les apports de notre thèse

Le premier apport de notre travail de recherche, apport de nature conceptuelle, réside dans la définition de la performance dans le milieu hospitalier. La performance d'un établissement se caractérise selon trois méta-dimensions que sont les dimensions de performance verticale, performance horizontale et performance latérale. Ces trois dimensions assurent la légitimité de l'activité de l'établissement. S'il peut sembler évident que ces dimensions sont primordiales pour la performance d'un établissement de santé, une fois défini le contexte de crise de légitimité de l'offre de soins hospitalière et une fois posés les principes de la régulation hospitalière, il apparaît que ces trois dimensions sont intégrées dans le discours des acteurs mais ne sont pas véritablement intégrées dans leurs comportements : ainsi l'on parle beaucoup de prise en charge centrée sur le patient, mais les professionnels de santé continuent à organiser leur activité pour répondre à leurs propres besoins et non à ceux de la prise en charge. On parle beaucoup de prise en compte des objectifs globaux du système de santé, mais les professionnels du secteur hospitalier continuent à envisager l'hospitalisation comme une priorité. On parle beaucoup de mise en réseau, mais les professionnels continuent à vouloir offrir une gamme complète de soins dans leur établissement, gage pour eux d'une bonne performance médicale. Le corollaire de ceci est que l'évaluation de la performance des établissements doit porter sur les résultats de l'activité, les processus, la structure et la satisfaction des parties prenantes mais aussi sur les objectifs de l'organisation afin d'évaluer en quoi ces objectifs permettent de répondre aux attentes des individus, aux objectifs du système de santé et en quoi ces objectifs peuvent se combiner avec les objectifs des autres établissements de santé de la région.

Le deuxième apport de notre thèse, apport de nature théorique, réside dans l'élaboration d'une typologie des modèles théoriques de la performance hospitalière. Nous avons recensé les différents types de modèles d'appréhension de la performance hospitalière afin d'en donner une grille de lecture des fondements, méthodes et indicateurs mobilisés. Cette typologie permet d'apprécier les fondements des différents outils d'évaluation mobilisés dans le secteur hospitalier tels que le PMSI, l'accréditation et les études coûts efficacité. Cette typologie permet, de plus, de comprendre les logiques d'acteurs dans la mesure où ceux-ci évaluent plus ou moins consciemment la performance des

établissements selon chacune des dimensions envisagées. Ces modèles théoriques, même dans leurs approches combinatoires traduisent une vision éclatée et largement institutionnelle de la performance hospitalière. Or, et ceci constitue notre premier résultat, l'amélioration de la performance hospitalière repose sur une vision partagée des fondements de celle-ci, donc nécessite d'en revoir les modalités d'appréhension en les centrant non pas sur la recherche d'outils supplémentaires d'évaluation de l'activité, mais sur la recherche du sens commun de la performance.

Le troisième apport de notre thèse, apport de nature méthodologique, réside dans la détermination de trois points d'appui de la vision partagée de la performance dans le cadre de la définition du projet d'établissement, c'est-à-dire des objectifs que se fixe l'établissement pour les cinq années à venir. La vision partagée de la performance, au moment de la définition des orientations futures, repose sur une vision partagée des enjeux de la performance, sur une vision partagée du diagnostic de la situation et sur une vision partagée des priorités définies. Ces trois points d'appui de la vision partagée font référence aux méta-dimensions de la performance et se déclinent de manière singulière pour chacun des établissements selon leurs contingences propres (environnement, technologie et culture). Ils requièrent la prise en compte des différentes formes d'appréhension de la performance hospitalière par les acteurs et leur conjugaison. Si là encore, cet aspect de la performance peut sembler évident pour tout chercheur en sciences de gestion, il apparaît en pratique que cette vision partagée ne va pas de soi et que les outils d'évaluation ne constituent en rien une condition suffisante de vision partagée, ceux-ci ayant un pouvoir explicatif restreint et constituant chacun un angle de regard spécifique. L'obtention d'une vision partagée repose alors sur un échange et une véritable négociation entre les acteurs.

Les limites de notre thèse

La première limite de notre thèse a trait à la diversité des établissements de santé. Nous avons retenu un échantillon de trois établissements, qui ne peuvent prétendre être représentatifs des établissements du secteur hospitalier. Notre champ d'observation est restreint horizontalement et verticalement. Verticalement, car nous avons limité notre champ d'observation au niveau de l'établissement et la recherche de vision partagée décrite s'inscrit dans une recherche de vision partagée interne à l'établissement, même s'il revient au directeur de s'assurer tout au long de la démarche que le construit social de performance qui émerge est bien en cohérence avec les orientations régionales et nationales du système de santé. La vision partagée est nécessaire en interne aux établissements, mais aussi, bien entendu, entre l'établissement et l'agence régionale de l'hospitalisation et entre l'agence régionale de l'hospitalisation et le ministère de la santé. Cette recherche de vision partagée s'inscrit à plusieurs niveaux, comme le démontrent les deux premières parties de notre thèse, mais nous n'avons appliqué ce cadre conceptuel et théorique qu'au niveau de l'établissement lui-même. Horizontalement, car nous avons limité notre champ d'observation aux établissements publics et participant au service public hospitalier du fait de l'importance relative de ces établissements au sein du secteur

hospitalier, d'une part, et par souci d'homogénéité relative des facteurs de contingence de ces établissements, d'autre part.

La deuxième limite de notre thèse est inhérente au degré de maturité de la recherche sur la performance hospitalière. La performance hospitalière est un champ en friche au sein duquel les questionnements sont relativement récents et, par conséquent, peu de repères existent. Nous avons délimité notre recherche à l'étude des conditions de la performance dans le cadre de la définition du projet d'établissement. L'établissement E est à l'heure actuelle dans une dynamique de performance globale telle que décrite dans notre thèse. L'établissement V quant à lui a mis beaucoup de temps à construire une vision partagée de son projet d'établissement, mais la situation se débloque. L'établissement MC est pour le moment dans une impasse dans la formulation de son projet, du fait d'une incapacité à construire cette vision partagée de la performance. Cependant, nous ne savons pas au jour d'aujourd'hui quels seront les résultats de cette vision partagée de la performance sur l'offre de soins hospitalière dans chacun des secteurs concernés, dans la mesure où il est encore trop tôt pour pouvoir en apprécier les résultats.

Ces deux catégories de limites nous conduisent à formuler les perspectives de recherche telles que nous les envisageons.

Nous souhaiterions par la suite pouvoir tester nos apports conceptuels, théoriques et méthodologiques auprès des établissements privés à but lucratif. Ces établissements ont des facteurs de contingence très différents de ceux du secteur public, puisqu'ils reposent sur des logiques de rentabilité financière et de restructuration importante par fusions acquisitions qui dépassent largement le cadre du territoire national. Cependant, la logique de vision partagée de l'offre de soins hospitalière requiert à terme le rapprochement du secteur privé lucratif et du secteur public, rapprochement qui a débuté avec la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation en 1996. Il serait à notre sens très instructif de prolonger nos travaux par une recherche sur les modalités de construction d'une vision partagée au niveau régional entre les acteurs institutionnels que représentent les établissements de santé publics et privés et les agences régionales de l'hospitalisation.

Une deuxième perspective de recherche s'impose dans le cadre de nos travaux, perspective qui consistera alors à travailler sur le rôle du management dans la construction d'une vision partagée de la performance. En effet, nous avons pu constater que les trois établissements ont connu des parcours de recherche de performance très différents. Ces différences sont à imputer aux facteurs de contingence spécifiques à chacun des établissements, mais aussi aux modes de management mis en œuvre pour sensibiliser les acteurs et les engager sur les enjeux, le diagnostic et les priorités de la performance. Nous pensons qu'une réflexion sur le management des établissements de santé est à conduire pour chercher à dégager des leviers d'action de la vision partagée de la performance hospitalière du côté du rôle des dirigeants, mais aussi du rôle des chercheurs-acteurs qui agissent sur le processus de vision partagée par leur regard externe et pluriel du système.

Bibliographie

Affichard J., *Décentralisation des organisations et problèmes de coordination : les principaux cadres d'analyse*, L'Harmattan, 1997, 144 p.

Aktouf O., *Le Management entre tradition et renouvellement*, 3e édition, Gaëtan Morin, 1994, 710 p.

Amit R. Schoemaker P.J.H., « Strategic Assets and Organizational Rents », *Strategic Management Journal*, vol. 14, n° 1, 1993, pp. 36-46.

ANAES, *L'accréditation des établissements de santé : où en est-on ?*, Communiqué disponible sur le site Internet de l'ANAES, consulté le 18 mai 2001, URL : http://www.anaes.fr.

ANAES, *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, août 1999, 140 p.

ANAES, *Supports pédagogiques à l'intention des établissements de santé*, décembre 1999, 95 p.

Angelloz-Nicoud M., *La gestion financière à l'hôpital : gestion de trésorerie, gestion de dettes, gestion du financement des investissements*, Berger-Levrault, 1996, 279 p.

ARH Franche-Comté, *Cellule régionale d'audit évaluation : Mise au point*, Document interne, 19 p.

ARH Rhône-Alpes, *Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Rhône-Alpes*, 1999-2004, 68 p.

Assemblée Nationale, *Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi n° 1876 portant réforme hospitalière*, document mis en distribution le 9 avril 1991, 340 p.

Association des petites villes de France, *Deuxième livre blanc : défendre les hôpitaux de proximité*, Edition APVF, juin 2001, 32 p.

Banker R.D., Conrad D.R., Strauss R.P., « A Comparative Illustration of Data Envelopment Analysis and Translog Methods : An Illustrative Study of Hospital Production », *Management Science*, vol.32, n° 1, 1986, pp. 30-44.

Barbant J.-C., Chanut P., « Les réseaux créateurs de richesse », *Gérer et comprendre*, n° 15, 1989, pp. 16-27.

Barney J.B., « Looking inside for Competitive Advantage », *Academy of Management Executive*, n° 4, 1995, pp. 49-61.

Bartoli A., *Le management dans les organisations publiques*, Dunod, 1997, 300 p.

Bennis W.G., Guerrin C., Bettignes (de) H.-C., *Le développement des organisations : sa pratique, ses perspectives et ses problèmes*, Dalloz, 1975, 100 p.

Bennis W.G., *Toward a truly Scientific Management : The Concept of Organization Health in Changing Organization*, New York : Mc Grow Hill, 1966.

Benson J.K., « The Interorganizational Network as a Political Economy », *Administrative Science Quarterly*, n° 20, 1975, pp. 229-249.

Beresniak A., Duru G., *Economie de la santé*, Masson, 4è édition, 1997, 182 p.

Berry M., *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, Centre de Recherche en Gestion Ecole Polytechnique, 1983, 93 p.

Beyer J.M. et Lodahl T.M., « A Comparative Study of Patterns of Influence in United States and English Universities, *Administrative Science Quarterly*, n° 21, 1976, pp. 104-129.

Blau P.M. et Schoenher P.A., *The Structure of Organizations*, Basic Books, 1971.

Blaug M., *La méthodologie économique*, Economica, Paris, 1982, 259 p.

Boisard P. et Letablier M.T., « Le Camembert : normand ou normé, deux modèles de production dans l'industrie fromagère » in *Entreprises et produits*, Cahiers du centre d'étude et de l'emploi, Presses Universitaires de France, 1987, pp. 1-29.

Boles J.N., « Efficiency Squared-Efficient Computation of Efficiency Indexes », *Western Farm Economic Association Proceedings*, 1966, pp. 137-142.

Boltanski L., Chiapello E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, 2000, 843 p.

Bourguignon A., « Sous les pavés, la plage… ou les multiples fonctions du vocabulaire comptable : l'exemple de la performance », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, vol. 3, mars 1997.

Brémond M., « De l'analyse de la performance hospitalière aux pratiques coopératives dans le système de santé : un parcours initiatique autour du thème « réseau » », in groupe IMAGE, *Les réseaux en question*, éditions ENSP, 1998, 99 p.

Bressant A, Distler C., Nicolaidis K., « Vers une économie de réseau », *Politique Industrielle*, hiver, 1989, pp. 155-168.

Brodin M., *Rapport 2000 : Conférence nationale de santé*, 21, 22, 23 mars 2000, 67 p.

Burgess J.F., Wilson P.W., « Hospital Ownership and Technical Inefficiency », *Management Science*, vol. 32, n° 1, 1996, pp. 87-112.

Cameron KS, Whetten DA, *Organizational Effectiveness : A comparison of multiples models*, New-York Academic Press, 1983, 292 p.

Canat C., Maroc N., *Le réseau, un concept en construction*, Mémoire pour l'obtention du diplôme de Maîtrise de management des système de soins, IFROSS, 2001, 75 p.

Capon N., Farley J.U. et Hoenig S., « Determinants of Financial Performance : a Meta-Analysis », *Management Science*, vol. 36, n° 10, 1990, pp. 1143-1159.

Charnes A., Cooper W.W., Rhodes E., « Measuring the Efficiency of Decision-Making Units », *European Journal of Operational Research*, n° 2, 1978, pp. 429-444.

Christensen J.F., « Analyzing the Technological Base of the firm », *Conference Eunetics*, Sept. 1994, Strasbourg, publié in Sanchez R., Heene A., Thomas H, *Dynamics of Competence-based Competition*, Pergamon, 1996, 403 p.

Claveranne J.-P. Lardy C. (coord.), *La Santé demain, vers un système de soins sans mur*, Economica, 1999, 298 p.

Claveranne J.-P., « Coûts et Subsidiarité à l'hôpital », *Actes du colloque SNPHAR*, Djerba, 1-3 novembre 2000.

Claveranne J.-P., « Le management par projet à l'hôpital », *Revue Française de Gestion*, n° 109, 1996.

Claveranne J.-P., Képénékian G., Montégu D., « L'hôpital médiconomique intégré », in Claveranne J.-P., Lardy C., (coord.), *La santé demain : vers un système de soins sans murs*, Economica, 1999, 298 p.

Claveranne J.-P., Mornex R. « Réseaux et filières de soins et hôpital : essai de définition », *Revue Hospitalière de France*, n° 3, mai-juin 1998, pp. 316-320.

Claveranne J.-P., Pascal C., *Relire les systèmes de santé par les activités et les processus : l'expérimentation de Morancé au service d'une relecture de l'hôpital*, Editions CRAM Rhône-Alpes, 1997, 136 p.

Claveranne J.-P., Vinot D., *Evaluation des conférences régionales de santé*, Rapport présenté à la DGS, janvier 2000, 142 p.

Closets (de) F., (présidé par), *Commission « efficacité de l'Etat » du Xème plan. Le pari de la reponsabilité*, Editions Payot, 1989, 304 p.

Cluze G., *Proposition d'un outil de gestion fondé sur la méthode ABC : une expérimentation dans un établissement de soins privé*, Thèse pour l'obtention du Doctorat ès Sciences de Gestion, Université Jean Moulin Lyon III, janvier 2000, 409 p.

Coase R.H. « The Nature of the Firm », *Economica*, vol. 4, 1937, pp. 386-405 ; Traduction française : *Revue Française d'Economie*, vol. 2, n° 1, 1987, pp. 133-163.

Cohen W., Levinthal D.A., "Absorptive capacity, a new perspective on learning and innovation", *Administrative Science Quaterly*, 35, 1990, pp. 128-152.

Colin C., « Comparer la performance des hôpitaux : quelles méthodes ? », *actes du colloque Le PMSI pour comparer les hôpitaux, quels indicateurs, quelles méthodes, quelle utilisation ?*, 16 et 17 juin 2000.

Collignon E., Wissler M., *Qualité et compétitivité des entreprises. Du diagnostic aux actions de progrès*, Economica, 1984, 279 p.

Contandriopoulos A.-P., Souteyrand Y., (dir.), *L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins*, John Libbey Eurotext, Paris, 1996, 317 p.

Cordier H., *Recensement des données statistiques nationales et régionales*, document interne Graphos, 2000, 53 p.

Courpasson D., *L'action contrainte, organisations libérales et domination*, Presses Universitaires de France, 2000, 320 p.

Cowing T.G., Holtman A.G., « Multiproduct Short Run Hospital Cost Functions : Empirical Evidence and Policy Implications from cross-section Data », *Southern Economic Journal*, n° 49, 1983, pp. 637-653.

CRAM, Enquête Obstétrique, Région Rhône-Alpes, tome II, Annexe, mai 1994, p 303.

Crozier M., Friedberg E., *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Editions du seuil, Paris, 1977, 436 p.

Cyert R.M., March J.G., « Organizational Structure and Pricing Behavior in an Oligopolistic Market », *American Economic Review*, n° 45, 1955, pp.129-139.

David A., « Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion », Actes de la *Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique*, mai 1999.

David A., *Négociation et coopération pour le développement des produits nouveaux au sein d'une grande entreprise industrielle : analyse critique et rôle des outils d'aide à la décision*, Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Sciences de Gestion, Université Paris-Dauphine, 1988, 279 p.

Demichel S., « Client, patient, usager : le sujet de la santé publique », *Papier de recherche Graphos*, janvier 2001, 22 p.

Dierickx I. et Cool K., « Asset Stock Accumulation and Sustainability of Competitive Advantage », *Management Science*, n° 35, 1989, pp. 1504-1511.

Diridollou B., Vincent C., *Le client au cœur de l'organisation : le management par les processus*, Les Editions d'Organisation, 1997, 235 p.

Donabedian A., « Evaluating the Quality of Care », *Milbank Memorial Fundation Quality*, vol. 49, n° 3, part.2, July 1966, pp. 166-206.

Donabedian A., *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* : *the Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring*, Health Administration Press, 1985, Tome III, 529 p.

Donabedian A., *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* : *the Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Health Administration Press, 1980, Tome I, 163 p.

Donabedian A., *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* : *the Criteria and Standards of quality*, Health Administration Press, 1982, Tome II, 504 p.

DRASS, *Synthèse régionale des données PMSI-MCO-1999 : base régionale Rhône-Alpes 1999*, n° 2000-32-D, décembre 2000, 97 p.

Driver M.J.M, Steufert S., « Integrative Complexity : An approach to Individuals and Groups as Information-Processing Systems », *Administrative Science Quarterly*, n° 14, 1969, pp. 272-285.

Drucker P., *A propos du management*, Village Mondial, 2000, 222 p.

Dufey H., « L'interopérabilité des systèmes dans l'offre du marché : les attentes des utilisateurs », *Actes de la journée annuelle des adhérents du GMSIH*, 4 juillet 2001.

Durieux P., « Evidence Based Medecine : une médecine normalisée ou la promotion de l'esprit critique ? », *Actes du colloque INSERM : La performance hospitalière, du malade au système hospitalier*, 5-6 octobre 1998, pp. 2-12.

Duriez M., Lancry P.-J., Lequet-Slama D. et al., *Le système de santé en France*, Presses Universitaires de France, Coll. Que sais-je ?, 1996, 127 p.

Ecochard R., Gevigney (de) G., Colin C., « Fair comparison of mortality data following cardiac surgery », *Heart*, n° 84, 2000, pp. 5-6.

Enriquez E., *L'organisation en Analyse*, Presses Universitaires de France, 1997, 334 p.

European Union of Independant Hospitals, *Private Hospital Care in Europe*, Union Européenne de l'Hospitalisation Privée édition, 2001, 150 p.

Evans D.B., Tandon A., Murray C.J.L., Lauer J.A., « The Comparative Efficiency of National Health Systems in Producing Health : an Analysis of 191 countries », *GPE discussion paper*, n° 29 EIP/GPE/EQC/WHO (World Health Organization).

Färe R., Lovell C.A.K., « Measuring the Technical Efficiency of Production », *Journal of Economic Theory*, n° 19, 1971, pp. 150-162.

Farrell M.J., « The Measurement of Productive Efficiency », *Journal of the Royal Statistical Society*, Series A, General 120, n° 3, 1957, pp. 253-281.

Fauroux R., Spitz B., *Notre Etat : le livre vérité de la fonction publique*, Robert Laffont, 2001, 805 p.

Fédération Hospitalière de France, « Etude stratégique : la part de marché des hôpitaux », *lettre de la FHF*, numéro spécial, février 2001, 12 p.

Feldstein M., *Economic Analysis for Health Service Efficiency*, Amsterdam North Holland Pub. Co., 1968, 325 p.

Flood A.B., Shortell S.M., Kaluzny A.D., *Health Care Management Organization, Design and Behavior* (3è Edition), Health Administration Press, 1994, pp. 316-351.

Flood A.B., Shortell S.M., Scott W.R., « Organizational Performance : Managing for Efficiency and Effectiveness », in Shortell S.M., Kaluzny A.D., *Health Care Management Organization, Design and Behavior* (3è Edition), Health Administration Press, 1994, pp. 316-351.

Fourez G., *La construction des sciences : introduction à la philosophie et à l'éthique des sciences*, Edition Universitaire, Bruxelles, 1988, 235 p.

Francfort I., Osty F., Sainsaulieu R., Uhalde M., *Les mondes sociaux de l'entreprise*, Desclée de Brouwer, 1998, 611 p.

Gadrey J., *Services : la productivité en question*, Desclée de Brouwer, 1996, 359 p.

Geindre S., « L'influence du profil des dirigeants sur le réseautage en P.M.E. ». in Ingham M (sous la direction de), *Perspectives en management stratégique*, Editions Management Société, 1997-1998, Tome V, 264 p.

Gison L., Alilio M., Heggenhougen K., Community Satisfaction with Primary Health Care Services : an Evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania », *Social science and medicine*, vol. 39, n° 6, 1994, pp. 767-780.

Goes J.B., Zhan C., « The Effects of Hospital-Physician Integration Strategies on Hospital Financial Performance », *Health Services Research*, vol. 30, n° 4, 1995, pp. 507-530.

Goodman P.S., Pennings J.M., « New Perspective on Organizational Effectiveness », *American Sociological Review*, n° 22, 1977, pp. 534-540.

Granovetter H., « Economic Action and Social Structure : the Problem of Embeddedness », vol. 91, n° 3, 1985, pp. 481-510.

Grant R.M., « The Resource-based Theory of Competitive Advantage : Implication for Strategy Reformulation », *California management review*, Spring 1991, pp. 114-135.

Gremion C., Fraisse R., *Le service public en recherche : quelle modernisation ?*, La documentation française, 1996, 405 p.

Groupe de Recherche en Économie Mathématique Quantitative (GREMAQ), *Coût et Efficacité des dépenses de santé*, Commissariat général au plan, décembre 1998, multipagination.

Groupe de Recherche Interdiscplinaire en Santé (GRIS), « Evaluation de la performance hospitalière : Elaboration d'un modèle multidimensionnel », *Protocole de recherche soumis au PHRC*, 1998, 15 p.

Halgand N., « Comptabilité et pertinence : une proposition constructiviste pour le nouveau management hospitalier », *Revue Comptabilité Contrôle Audit*, tome III, vol.2, sept. 1997, pp. 77-92.

Halgand N., « Problèmes de pertinence des coûts pour le contrôle : le cas hospitalier », *Revue Comptabilité Contrôle Audit*, tome I, vol.2, sept 1995, pp. 34-51.

Hammer J., « Economic Analysis for Health Projects », *Policy research working papers*, n° 1611, Washington, DC, Banque Mondiale, 1996.

HCSP, *Le panier de biens et services de santé*, Editions ENSP, février 2000, 75 p.

Hirschman A., *Les passions et les intérêts. Justifications politiques du capitalisme avant son apogée*, Presses Universitaires de France, 1997, 135 p.

Houdard P., Malye F., Vincent J., « Le palmarès des 500 hôpitaux de France », *Le Figaro Magazine*, dossier spécial, 7 octobre 2000.

Houdard P., Malye F., Vincent J., « Le palmarès des hôpitaux français » *Sciences et Avenir*, n° 619, septembre 1998, pp. 32-69.

Houdart P., Malye F., Vincent J., « Hôpitaux, le palmarès 2001 », *Le Point*, n° 1511, 31 août 2001.

IFOP, « Les attentes du grand public vis-à-vis des établissements de santé », *bulletin info ANAES*, mars 1998.

Imbert J., *Les hôpitaux en France*, Que sais-je ?, Presses Universitaires de France, 1994, 127 p.

Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), *La performance hospitalière : du malade au système hospitalier*, Actes du séminaire organisé par l'intercommission n° 6 de l'INSERM, 5-6 octobre 1998.

Jacquelot S., « La grève dans l'hospitalisation privée », *Le Quotidien du médecin*, 7 novembre 2001.

Jay A., *Decentralization in Organizations*, working paper, International institute of Management, West Berlin, 1974.

Johanet G., « La santé fait peur à l'Etat », *L'Expansion*, n° 651, 30 août-12 septembre 2001, pp. 98-101.

Joseph I., Jeannot G., *Métiers publics. Les compétences de l'agent et l'espace des usagers*, CNRS Editions, 1995, 345 p.

Keller B., « Divergences entre hôpitaux et cliniques sur la réforme de la tarification », *Le Quotidien du Médecin*, mardi 12 septembre 2000.

Kervasdoué (de) J., Kimberly J., Rodwin V., *La santé rationnée ? La fin d'un mirage*, Economica, 240 p.

Kervasdoué (de) J., *La santé intouchable*, J.C.Lattès, 1996, 294 p.

Kervasdoué (de) J., *Santé, pour une révolution sans réforme*, Gallimard, 1999, 198 p.

Kimberly J.R., Minvielle E., « Qualité des soins et utilisation des ressources à l'hôpital », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 2, 1991, pp. 79-94.

La lettre d'Informations Hospitalières, « Le PMSI : analyse médico-économique de l'activité hospitalière » *Informations hospitalières*, numéro spécial, mai 1996, 71 p.

La Ville (de) V.-I., Grimand A., La structuration des apprentissages stratégiques : une interprétation en contrepoint à travers la notion de blocage », in Martinet A.-C., Thietart R.-A., *Stratégies : actualité et futurs de la recherche*, Vuibert, 2001, 439 p.

Lachèze-Pasquet P., *Management hospitalier pour le praticien*, Masson, 1998, 271 p.

Lalande A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, 1902-1923.

Lamothe L., « Pratiques cliniques et gestion hospitalière », *Actes du colloque INSERM : La performance hospitalière, du malade au système hospitalier*, 5-6 octobre 1998, pp. 2-12.

Laroche H., Nioche J.-P., *Repenser la stratégie*, Vuibert, 1998, 380 p.

Laufer R., Burlaud A., « Légitimité », *Encyclopédie de gestion*, tome II, 1991.

Lawrence P.R. et Lorsch J.W., *Adapter les structures de l'entreprise*, Paris Editions de l'organisation, 1994 (première édition 1969), 237 p.

Le Moigne J.-L., « Epistémologies constructivistes et sciences de l'organisation », in *Epistémologie et Sciences de Gestion*, coord. par Martinet A.-C., Economica, 1990, pp. 81-140.

Leleu H., Dervaux B., « Comparaison des différentes mesures d'efficacité technique : une application aux centre hospitaliers français », *Economie et Prévision*, n°129-130, 1997, pp. 101-119.

Leteurtre H., *Traité de gestion hospitalière*, Berger-Levrault, 1998, 926 p.

Lewin A.Y., Minton J.W., « Determining Organizational Effectiveness : another Look and an Agenda for Research », *Management science*, n° 32, 1986, pp. 514-538.

Liu M., *Fondements et pratiques de la recherche-action*, L'Harmattan, 1997, 350 p.

Magnussen J., « Efficiency Measurement and the Operationalization of Hospital Production », *Health Services Research*, vol. 31, n° 1, April 1996, pp. 21-37.

Marange V., « Médecine du désir et sujet bioéthique », in « La bioéthique, la science contre la civilisation » Le Monde-poche, Ed. Marabouth, 1998.

March J.G., « Footness to Organizational Change », *Administrative Science Quaterly*, vol. 26, 1981, pp. 563-577.

March J.G., Simon H.A., *Les organisations, problèmes psychosociologiques*, Dunod, 1995, (1re éd. 1964), 254 p.

Marrot B., *L'administration de la santé en France*, L'Harmattan, 1996, 489 p.

Mbengue A., Vandangeon-Derumez I., « Positions épistémologiques et outils de recherche en management stratégique », Actes de la *conférence de l'Association Internationale en Management Stratégique*, mai 2000.

Mc Grath R.G., Mc Millan I., Venkatraman S., « Defining and Developing competence : a strategic process paradigm », *Strategic Management Journal*, n° 16, 1995, pp. 251-275.

Merlière Y. et Kieffer R., *Le contrôle de gestion de l'hôpital : principes clés et instruments nouveaux*, Masson, 1997, 260 p.

Merton R.K., *Social Theory and Social Structure*, (trad. 1953 *Eléments de théorie et de méthode sociologique*), Plon, 1949, 514 p.

Ministère de l'emploi et de la solidarité, *Chiffres repères sur l'hôpital*, DREES, 1999.

Mintzberg H., *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'Organisation, 1982, 434 p.

Minvielle E., *Gérer la singularité à grande échelle*, Thèse de Doctorat ès Sciences de Gestion, Paris, Ecole Polytechnique, avril 1996, 480 p.

MIRE, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Rencontres d'Oxford, 1995, vol. 1, 620 p.

Moisdon J.-C., *Du mode d'existence des outils de gestion*, Séli Arslan, 1997, 286 p.

Moisdon J.-C., Tonneau D., *La démarche gestionnaire à l'hôpital*, Seli Arslan, 1999, Tome I, 254p., 2000, tome II, 304 p.

Morey R.C., « The Trade-off between Hospital Cost and Quality of Care », *Medical Care*, vol. 30, n° 8, 1992, pp. 677-698.

Morin E., *La méthode : la nature de la nature*, Points Essais, 1993, (1re édition 1977), Tome I, 235 p.

Mueller F., « Teams between Hierarchy and Commitment : change Strategies and the Internal-environment », *Journal of Management Studies*, n° 31, 1994, pp. 383-403.

Mulford C.L., « Comment on Measurement of Effectiveness », *Administrative Science Quarterly*, n° 21, 1976, pp. 156-157.

Murray C.J.L. et alii., « Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis », *GPE discussion paper*, n° 4, Genève, OMS, 1999.

Naiditch M., « La réussite d'un projet d'évaluation requiert la confiance des évalués, l'exemple de la chirurgie cardiaque New-Yorkaise », *La Recherche*, n° 324, octobre 1999, pp. 66-69.

Newell A., Simon H.S., « The Logic Theory Machine : a Complex Information Processing System, *Transactions on Information Theory*, Institute of Radio Engineers, September, 1956, cité in March J.G., Simon H.A., 1994, op. cit.

Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la performance des systèmes de santé dans le monde*, 2000, 161 p.

Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 1999, pour un réel changement*. Genève, 1999, document non publié, WHO/WHR/99.1.

Organisation mondiale de la santé/fonds des nations unies, « Les Soins de santé primaires », *conférences internationales sur les soins de santé primaires*, OMS, Genève, 1978.

Ozcan Y.A., Luke R.D., Haksever C., « Ownership and Organizational Performance : A Comparison of Technical Efficiency across Hospital Types », *Medical Care*, n° 30, 1992, pp. 781-794.

Parsons T., Platt G., *The American University*, Cambridge : Harvard University Press, 1973, 463 p.

Parsons T., Smelser N.J., *Economy and Society*, London : Routledge & Paul, 1956, 322 p.

Parsons T., *Social Systems and the Evolution of Action Theory*, Free Press, 1977, 420 p.

Parsons T., *The Social System*, Free Press, 1951, 575 p.

Pascal B., *Les pensées*, n° 230 « disproportion de l'homme », 1658, fragment « transition », Ed. Mercure de France, 1976.

Pascal C., *Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble*, Thèse de doctorat ès sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon III, janvier 2000, 475 p.

Pelet K., *Structuration et restructuration des cliniques privées à caractère commercial : un état de l'art entre contingence environnementale et contingences médicales*, Thèse de doctorat ès sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon III, février 2000, 337 p.

Piaget J., *Epistémologie des sciences de l'homme*, Gallimard, Paris, 1972, 383p.

Pignard N., Couchoud C., « Réflexions en cours sur l'organisation des urgences », *Dire*, n° 68, février-mars 2001.

Powell W., « Neither Market nor Hierarchies : Networks Forms of Organization ». *Research in Organizational behavior*, n° 12, 1990, pp. 295-336.

Pras B., Tarondeau J.-C., « Typologies de la recherche en gestion », *Enseignement et Gestion*, n° 9, 1980, p. 10.

Price J.L., « The Study of Organizational Effectiveness », *The Sociological Quarterly*, vol.13, n° 4, 1972, pp. 3-15.

Projet de loi n° 3258 relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, enregistré à la présidence de l'assemblée nationale le 5 septembre 2001.

Quinn C., *L'Administration de l'équipement et ses usagers*, La documentation française, 1995.

Quinn R.E., et Rohrbaugh J, « A Spatial Model of Effectiveness Criteria : Towards a competing values approach to organizational analysis », *Management Science*, 29 (3), pp. 363-377, 1983.

Reimann B.C., « On the Dimensions of Bureaucratic Structure : An Empirical Reappraisal », *Administrative Science Quarterly*, n° 18, 1973, pp. 462-476.

Rémy P.-L., « Quel apport pour la santé des français ? », *Actes du Colloque l'Accréditation en France : quel concept pour quelle réalité ?*, Université Lyon III, novembre 1997.

Rey A. (sous la direction de), *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 1993.

Rojot J., « La théorie de la structuration », *Revue de gestion des ressources humaines*, n° 26-27, mai-juin 1998, pp. 5-35.

Sackette D.L., Haynes R.B., « De la nécessité d'une médecine basée sur des faits prouvés », EBM journal, n° 5, 1996.

Seashore S.E., « A Framework for an Integrated Model of Organizational Effectiveness » in Cameron et Whetten, 1983.

Serieyx H., *Le Big Bang des organisations*, Calmann-Levy, 1993, 342 p.

Sexton T.R., Leiken A.M., Nolan A.H. et alii, « Evaluating Managerial Efficiency of Beterans Administration Medical Centers using Data Envelopment Analysis », *Medical Care*, n° 22, 1989, pp. 922-938.

Sfez L., *Critique de la décision*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 3e Edition, 1981, 391 p.

Sherman H.D., « Hospital Efficiency Measurement and Evaluation, Empirical Test of new Technique », *Medical Care*, vol.22, n° 10, 1984, pp. 923-938.

Shortell S., et alii, « The Performance of Intensive Care Units : Does Good Management make a Difference ? », *Medical Care*, vol.32, n° 5, 1994, pp. 508-525.

Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos A.-P. et alii, « A conceptual Framework for the Analysis of Health Care Organizations' Performance », *Health Services Management Research*, n° 11, 1998, pp. 24-48.

Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos A.-P. et coll, « A Conceptual Framework For The Analysis of Health Care Organizations' Performance », *Health Services Management Research*, n° 11, 1998, pp. 24-48.

Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos A.-P., « La Performance Organisationnelle des Organismes Publics de Santé », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol.6, n° 1, 1999, pp. 34-46.

Sicotte C., Champagne F., Creneau R., Bronsard A., « La performance de l'hôpital, un concept en construction », *Le courrier de l'Evaluation en Santé*, n° 19, nov. 2000, pp. 2-7.

Simon H.A., « The Future of Information Processing Technology », *Management Science*, 1968, pp. 619-624.

Simon H.A., *Administrative Behavior*, New-York Free Press, 1947, cité in March J.G., Simon H.A., 1995.

Steers R.M., « Problems in the Measurement of Organizational Effectiveness », *Administrative Science Quarterly*, n° 20, 1975, pp. 546-558.

Tarondeau J.-C., « La transversalité dans les organisations ou le contrôle par les processus », *Revue Française de Gestion*, n° 104, 1995, pp. 112-121.

Tedesco G., « L'hôpital et son projet d'établissement modèle de solution et modèle d'évolution intégré, analyse de deux expériences de gestion », *Thèse de doctorat*, 1999, 150 p.

Teece D.J., Rumelt R.P., Dosi G., Winter S., « Understanding Corporate Coherence, Theory and Evidence », *Journal of Economic Behavior and Organization*, n° 23, 1994, pp. 1-30.

Triboulet L. et Boucher G., « L'étude de coûts par GHM dans le secteur privé », *Hospitalisations Nouvelles*, n° 284, 2001, pp. 38-55.

Tricornot (de) A., « Pour la première fois en France, des cliniques entrent en bourse », *Le Monde*, 29 mai 2001.

Tscheulin D.K., Helmig B., Rost M., Huber K., « La gestion hospitalière dans la recherche en sciences de gestion en langues française et allemande : une comparaison binationale », Gestion 2000, Nov.-Déc. 2000, pp. 33-54.

Valdmanis V., « Sensivity Analysis for DEA Models : An Empirical example using Public vs NFP Hospitals », *Journal of Public Economics*, vol. 48, n° 2, 1992, pp. 185-205.

Valette A., *Formation des Trajectoires d'Offre de Soins : les Interactions Hôpital-Environnement*, Thèse pour l'obtention du titre de Docteur ès Sciences de Gestion, Université Paris-Dauphine, octobre 1994, 301 p.

Verdin P., Williamson P., « Core Competencies, Competitive Advantage and Market Analysis : Forging the Links », in Hamel G., Heene A., *Competence-based Competition*., John WILEY & Sons, 1994, p. 77-111.

Vinot D., *Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation*, Thèse de Doctorat ès Sciences de Gestion, janvier 1999, 441 p.

Weisz R., « Efficacité du travail : fausses pistes et vrais enjeux », *Revue Française de Gestion*, Mars-avril 1987, 17 p.

Williamson O.E., *Market and Hierarchies*, Free Press, New York, 1975, 286 p.

Woodward J., « Management and Technology » in Burns T., *Industrial Man*, Norwich, 1958, traduit en français in Chanlat J.-F., Seguin F., *L'analyse des organisations, une anthologie Sociologique*, Tome II, Québec, Editions Préfontaines, 1983.

Yuchtman E. et Seashore S.E., « A system Resource Approach to Organization Effectiveness », *American Sociological Review*, 32, 1967, pp. 891-90.

Sites Internet

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : http://www.anaes.fr

Agence Régionale de l'Hospitalisation de Rhône-Alpes : http://perso.wanadoo.fr/arhra

Association pour le Développement de l'Information Médico Economique de l'Hospitalisation Privée : site Internet : http://www.adimehp.com

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité : http://www.emploi-solidarité.gouv.fr

Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, http://www.le-pmsi.fr

Textes de lois, règlements et circulaires

Circulaire DGS/SP1 n°97-731 du 20 novembre 1997 relative aux Conférences Régionales de Santé et aux programmes régionaux de santé, publiée au bulletin officiel du ministère de l'emploi et de la solidarité n°49 du 20 décembre 1997 (NOR : MESP9730622C).

Circulaire DHOS-PMSI en cours de signature, relative au chaînage des séjours en établissements hospitaliers.

Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les

activités d'obstétrique, de néonatologie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique.

Loi 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Loi organique 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances.

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Projet de loi n°3258 relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale le 5 septembre 2001.

Table des illustrations

TABLEAU 1 : LE STATUT ACCORDÉ AUX DONNÉES (A. MBENGUE ET I. VANDENGEON-DÉRUMEZ) 22
TABLEAU 2 : LES CRITÈRES DE SCIENTIFICITÉ DE LA RECHERCHE (A. MBENGUE ET I. VANDANGEON-DERUMEZ, 2000) 30
TABLEAU 3 : PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ DANS CERTAINS ETATS MEMBRES DE L'OMS, ESTIMATIONS POUR 1997 (RAPPORT DE L'OMS SUR LA SANTÉ DANS LE MONDE) 59
TABLEAU 4 : PRODUCTION, TRAITEMENT ET UTILISATION DE L'INFORMATION MÉDICALE 86
TABLEAU 5 : CONTENU D'UN RUM 88
TABLEAU 6 : LES DIX PREMIERS GHM DE L'ÉCHANTILLON D'HÔPITAUX DE LA BASE PMSI 90
TABLEAU 7 : LES 5 NIVEAUX DE REGROUPEMENT ANALYTIQUE 93
TABLEAU 8 : COMPARAISON DE L'ACTIVITÉ PUBLIQUE ET PRIVÉE SUR UN ÉCHANTILLON DE GHM 97
TABLEAU 9 : PARTS DE MARCHÉ DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PSPH SELON LA CLASSIFICATION PAR GROUPE D'ACTIVITÉ 101
TABLEAU 10 : POURCENTAGE PRISE EN CHARGE LÉGÈRE/LOURDE 102
TABLEAU 11 : LES ÉTAPES DE LA PROCÉDURE ET L'ÉCHÉANCIER (SOURCE : MANUEL D'ACCRÉDITATION) 108
TABLEAU 12 : LE PATIENT ET SA PRISE EN CHARGE DANS LE MANUEL D'ACCRÉDITATION 111
TABLEAU 13 : LE MANAGEMENT ET LA GESTION AU SERVICE DU PATIENT 112
TABLEAU 14 : LA QUALITÉ ET LA PRÉVENTION DANS LE MANUEL D'ACCRÉDITATION 112
TABLEAU 15 : EXTRAIT DU SROS RHÔNE-ALPES 1999-2004 126
TABLEAU 16 : EFFICIENCE ET ÉCHELLE DE MESURE (MAGNUSSEN, 1996, P. 28) 195
TABLEAU 17 : CRITÈRES D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DE L'ORGANISATION (SICOTTE ET ALII) 215
TABLEAU 18 : SYNTHÈSE DE LA RÉPARTITION DES ENTREPRISES PAR SECTEURS D'ACTIVITÉ (FRANCFORT ET ALII) 218
TABLEAU 19 : LES VARIABLES D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE DES ENTREPRISES 219
TABLEAU 20 : QUELQUES CRITÈRES DE QUALITÉ PRÉSENTÉS PAR A. DONABEDIAN (TOME I) 222
TABLEAU 21 : CRITÈRES D'ÉVALUATION DE LA STRUCTURE, DES PROCESSUS ET DES RÉSULTATS (DONABEDIAN) 225
TABLEAU 22 : SYNTHÈSE DES MODÈLES DE PERFORMANCE À UNE DIMENSION 229
TABLEAU 23 : SYNTHÈSE DES MODÈLES DE PERFORMANCE À PLUSIEURS DIMENSIONS 230
TABLEAU 24 : L'ARCHITECTURE DU PROJET 246
TABLEAU 25 : LES DEUX ÉTAPES DE L'ÉLABORATION DU PROJET 246
TABLEAU 26 : QUELQUES DONNÉES CHIFFRÉES DE L'HÔPITAL V EN 1999 249
TABLEAU 27 : LA RÉACTION DES PROFESSIONNELS DE L'HÔPITAL V 252

TABLEAU 28 : QUELQUES DONNÉES CHIFFRÉES SUR L'ÉTABLISSEMENT MC EN 1999 254
TABLEAU 29 : LA RÉACTION DES PROFESSIONNELS DE L'ÉTABLISSEMENT MC....258
TABLEAU 30 : QUELQUES DONNÉES CHIFFRÉES SUR L'ÉTABLISSEMENT E EN 1998 261
TABLEAU 31 : LES RÉACTIONS DES PROFESSIONNELS DE L'ÉTABLISSEMENT E 263
TABLEAU 32 : INFORMATIONS COLLECTÉES POUR LE DIAGNOSTIC....270
TABLEAU 33 : ANALYSE COMPARATIVE DES ACTIVITÉS DE MÉDECINE ENTRE ÉTABLISSEMENTS CONCURRENTS ET/OU ANALOGUES....273
TABLEAU 34 : ANALYSE COMPARATIVE DES ACTIVITÉS DE CHIRURGIE ENTRE ÉTABLISSEMENTS CONCURRENTS ET/OU ANALOGUES....274
TABLEAU 35 : ANALYSE COMPARATIVE DES ACTIVITÉS DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE ENTRE ÉTABLISSEMENTS CONCURRENTS ET/OU ANALOGUES 276
TABLEAU 36 : ANALYSE COMPARATIVE DE L'ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCES D'ÉTABLISSEMENTS CONCURRENTS ET/OU ANALOGUES....277
TABLEAU 37 : NOMBRE DE RSA PAR CMD 278
TABLEAU 38 : RÉSULTATS FINANCIERS EN TERMES DE POINTS ISA 279
TABLEAU 39 : ANALYSE DES DYSFONCTIONNEMENTS....281
TABLEAU 40 : CHIFFRES GLOBAUX ISSUES DES SAE POUR L'ÉCHANTILLON D'ÉTABLISSEMENTS 284
TABLEAU 41 : ACTES RÉALISÉS DANS L'ÉCHANTILLON D'ÉTABLISSEMENTS (DONNÉES SAE) 285
TABLEAU 42 : EFFECTIF PERSONNEL NON MÉDICAL 286
TABLEAU 43 : RATIOS DE PRODUCTIVITÉ DE L'EFFECTIF NON MÉDICAL....286
TABLEAU 44 : RATIOS DE PRODUCTIVITÉ 286
TABLEAU 45 : LES 10 PREMIERS GHM DE L'ÉCHANTILLON D'ÉTABLISSEMENT 288
TABLEAU 46 : EXTRAIT DES ACTES CLASSANTS DE L'ACTIVITÉ LOCOMOTEUR 290
TABLEAU 47 : MARGES SUR CHARGES DIRECTES DES SERVICES DE L'ÉTABLISSEMENT MC....298
TABLEAU 48 : ACTIVITÉ TOTALE DES ÉTABLISSEMENTS DE L'ÉCHANTILLON....301
TABLEAU 49 : ACTIVITÉ RÉALISÉE AU CHU....302
TABLEAU 50 : ACTIVITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT E....302
TABLEAU 51 : ACTIVITÉ DE LA CLINIQUE M....302
TABLEAU 52 : ACTIVITÉ DE LA CLINIQUE V 303
TABLEAU 53 : ACTIVITÉ DE LA CLINIQUE BA....303
TABLEAU 54 : ACTIVITÉ DE LA CLINIQUE C....303
TABLEAU 55 : ACTIVITÉ DE LA CLINIQUE BE 304
TABLEAU 56 : PART DE E DANS L'ACTIVITÉ TOTALE....304
TABLEAU 57 : PART DE E DANS L'ACTIVITÉ DU PRIVÉ....305
TABLEAU 58 : PRODUCTIVITÉS PARTIELLES 306
TABLEAU 59 : PARTS DE CHAQUE STRUCTURE AU SEIN DES CLASSES D'ACTES DE CHIRURGIE....307
TABLEAU 60 : DESCRIPTIONS DE L'ACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE 308
TABLEAU 61 : INDICATEURS SPÉCIFIQUES À L'ACTIVITÉ DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE....308
TABLEAU 62 : ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DE GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE DE 1993 À 1997 310
TABLEAU 63 : ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES CHIRURGIENS DE 1993 À 1997 311
TABLEAU 64 : ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ D'ANESTHÉSIE DE 1993 À 1997....313
TABLEAU 65 : ÉVOLUTION DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES DE 1993 À 1997....314
TABLEAU 66 : ÉVOLUTION DE LA CARDIOLOGIE DE 1993 À 1997....315
TABLEAU 67 : ÉVOLUTION DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES DE 1993 À 1997....315
TABLEAU 68 : ÉLÉMENTS DU BILAN DES ÉTABLISSEMENTS (1996) 317
TABLEAU 69 : ÉLÉMENTS DU COMPTE DE RÉSULTAT (1996) 317
TABLEAU 70 : ÉLÉMENTS DU COMPTE DE RÉSULTAT (1995) 317
TABLEAU 71 : FONDS DE ROULEMENT, BFR ET TRÉSORERIE DES ÉTABLISSEMENTS (1996) 318
TABLEAU 72 : ÉVOLUTION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS (1996-1995) 318

TABLEAU 73 : PRINCIPALES ZONES D'ATTRACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DU CANTON 319
TABLEAU 74 : PROVENANCE DES PATIENTS EN CHIRURGIE 320
TABLEAU 75 : PROVENANCE DES PATIENTS EN MÉDECINE 320
TABLEAU 76 : PROVENANCE DES PATIENTS EN OBSTÉTRIQUE 320
TABLEAU 77 : LES NOUVELLES DIFFÉRENCIATIONS DE L'ACTIVITÉ 327
TABLEAU 78 : LES QUATRE SCÉNARIOS ENVISAGÉS 328
TABLEAU 79 : LES CHARGES À AFFECTER 331
TABLEAU 80 : RÉPARTITION DE L'ACTIVITÉ DES CHIRURGIENS AU CHV 331
TABLEAU 81 : RÉPARTITION DE L'ACTIVITÉ DES ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS. 332
TABLEAU 82 : CHARGES AFFECTÉES AU SERVICE D'ANESTHÉSIE ET AU BLOC OPÉRATOIRE DU CENTRE HOSPITALIER GÉNÉRAL 332
TABLEAU 83 : CHARGES AFFECTÉES AU SERVICE D'ANESTHÉSIE ET AU BLOC OPÉRATOIRE DE L'ÉTABLISSEMENT PRIVÉ PSPH. 333
TABLEAU 84 : CHARGES AFFECTÉES AU SERVICE D'ANESTHÉSIE ET AU BLOC OPÉRATOIRE DE L'ÉTABLISSEMENT PRIVÉ LUCRATIF 333
TABLEAU 85 : ACTIVITÉ ET OCCUPATION DU BLOC OPÉRATOIRE ET DE L'ANESTHÉSIE 334
TABLEAU 86 : COÛTS DES LETTRES CLEFS, DES INTERVENTIONS ET DE LA MINUTE. 335
TABLEAU 87 : COMPTES DE RÉSULTAT RÉELS ET SIMULÉS DU SERVICE D'ANESTHÉSIE DU CHV 337
TABLEAU 88 : COMPTES DE RÉSULTATS RÉELS ET SIMULÉS DU BLOC OPÉRATOIRE DU CHV 338
TABLEAU 89 : COMPTES DE RÉSULTAT SIMULÉS ET RÉELS DE L'ÉTABLISSEMENT PRIVÉ À BUT LUCRATIF 339
TABLEAU 90 : COMPTES DE RÉSULTATS RÉELS DE L'ÉTABLISSEMENT PSPH. 340
TABLEAU 91 : ANALYSE DES TRANSFERTS ET REFUS 348

FIGURE 1: STRUCTURE DE NOTRE RECHERCHE 28
FIGURE 2 : ÉTUDE COMPARATIVE ENTRE PLUSIEURS PAYS DE L'OCDE SUR UN INDICATEUR D'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION (OCDE 1999) 52
FIGURE 3 : EVOLUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE DES FEMMES EN FRANCE ENTRE 1960 ET 1997 (OCDE 1999) 53
FIGURE 4 : DE LA COMPTABILITÉ GÉNÉRALE AUX COÛTS PAR SÉJOUR 94
FIGURE 5 : LE DISPOSITIF DE RÉGULATION HOSPITALIÈRE 116
FIGURE 6 : LES RÔLES MULTIPLES DES INDIVIDUS AU SEIN DES SYSTÈMES DE SANTÉ (OMS 2000) 163
FIGURE 7 : TRAJECTOIRE DE SOINS N °1 166
FIGURE 8 : TRAJECTOIRE DE SOINS N°2 168
FIGURE 9 : TRAJECTOIRE DE SOINS N° 3 168
FIGURE 10 : TRAJECTOIRE DE SOINS N °4 169
FIGURE 11 : L'HÔPITAL DANS SON ENVIRONNEMENT 171
FIGURE 12 : LES RELATIONS PRATIQUES MANAGERIALES ET PERFORMANCE (SHORTELL 1994) : 207
FIGURE 13 : MODÈLE DE PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE (IN SICOTTE ET ALII) 214
FIGURE 14 : DÉFINITIONS PROPOSÉE PAR A. DONABEDIAN (TOME I ; P. 90) 224
FIGURE 15 : LA PERFORMANCE COMME UN DIFFÉRENTIEL 231
FIGURE 16: LES DIMENSIONS PRIORITAIRES DE LA PERFORMANCE 251
FIGURE 17 : LES FACTEURS DE RECONFIGURATION DE L'ÉTABLISSEMENT MC 256
FIGURE 18 : LES DIMENSIONS PRIORITAIRES DE LA PERFORMANCE 262
FIGURE 19 : RÉPARTITION DE LA POPULATION DE DEUX TRANCHES D'ÂGE 300

Table des matières

INTRODUCTION GÉNÉRALE.....1

1. Problématique.....6
1.1. De nouveaux fondements de la performance.....7
1.2. Une homogénéité du secteur hospitalier qui n'est qu'apparente.....10
1.3. Des constats issus de nos observations aux hypothèses de recherche.....13
2. Méthodologie.....17
1.4. Fondements épistémologiques : recherche-action et construit social.....18
1.5. Le mode de collecte des données.....23
1.6. La structuration des savoirs.....26
1.7. La validité des savoirs.....29
3. Plan de la thèse.....32

PREMIÈRE PARTIE 35

LA QUÊTE DE PERFORMANCE : AMBIVALENCE DES DISCOURS ET DES PRATIQUES.....35

CHAPITRE I..... 39
LE CONCEPT DE PERFORMANCE SOUS INFLUENCES 39
1. Un concept polysémique.....41
2. La performance comme réponse à un élargissement des attentes sociales.....43
2.1. Une réponse à la crise de légitimité des objectifs économiques.....44
2.2. Une réponse à la crise de légitimité des politiques publiques.....45
2.3. Une réponse à la crise de légitimité de l'organisation sanitaire.....47
3. Le cadre international de la performance des systèmes de santé.....50
3.1. Les Études Coût/Efficacité.....50
3.2. Le rapport de l'OMS : un élargissement des critères d'appréciation.....54
3.2.1. Les dimensions de la performance.....54

3.2.2. Les indicateurs de performance du système de santé 56
3.2.3. Les enseignements du rapport 60
Synthèse chapitre I *63*

CHAPITRE II 65
UNE RÉPONSE DES POUVOIRS PUBLICS : UN ESSAI DE MISE EN COMMUN DES VISIONS DIFFÉRENTES DE LA PERFORMANCE HOSPITALIÈRE 65
1. De nouveaux modes de planification de l'offre de soins hospitalière *67*
1.1. La détermination des priorités de santé publique : consultation et concertation 67
1.2. La traduction des priorités au niveau régional : négociation et contractualisation 69
1.3. Une ambiguïté sur la volonté de décentraliser la régulation hospitalière 72
1.3.1. Processus de décision et niveaux de décentralisation 73
1.3.2. Les raisons de la décentralisation 75
1.3.3. Les différentes formes de décentralisation 77
1.3.4. La régionalisation : décentralisation sélective et répartition des pouvoirs 79
1.3.5. Des marges de manœuvre réduites pour certains établissements de santé 80
2. De nouveaux instruments d'évaluation de l'offre de soins hospitalière *84*
2.1. PMSI et détermination de coûts standards 84
2.1.1. L'information médicale 85
2.1.2. L'information économique 91
2.1.3. L'extension du PMSI aux établissements privés commerciaux 95
2.1.4. Le chaînage des données et le panier de biens et services de santé 103
2.1.5. La pertinence du PMSI remise en cause 104
2.2. Accréditation et référentiels de procédures 105
2.2.1. Les fondements de l'accréditation 106
2.2.2. La procédure d'accréditation 108
2.2.3. Les conditions de pertinence de l'accréditation 110
Synthèse chapitre II *116*

CHAPITRE III 119
DES RÉPONSES DIVERGENTES DE LA PART DES ACTEURS 119
1. La réponse des médias à la recherche de performance *121*
1.1. Montée du consumérisme et recherche de transparence 121
1.2. Controverses sur la pertinence de tels palmarès 123
1.3. SROS et Médias : des référentiels d'appréciation de la performance divergents 125
2. Un clivage public/privé accentué par les modalités de financement *129*
2.1. Le financement institutionnel du secteur public 129
2.2. Les difficultés financières du secteur privé 131
Synthèse chapitre III *136*

CONCLUSION PREMIÈRE PARTIE 139

DEUXIÈME PARTIE 143

LITTÉRATURE ET PERFORMANCE : UNE NÉCESSAIRE CONJUGAISON DE LOGIQUES DISTINCTES 143

CHAPITRE IV 147

LES MÉTA-DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE HOSPITALIÈRE 147

1. La performance verticale : inscrire le local dans le global 149

1.1. L'organisation : entre contraintes et marges de manœuvre 150

1.2. L'hôpital : sous-système du système de santé 153

2. La performance latérale : répondre aux attentes multiples des patients 158

2.1. De nombreuses identités 159

2.2. Des jeux de rôles des individus 162

2.3. Des exigences accrues qui engendrent de nombreuses plaintes des patients 163

3. La performance horizontale : combiner les entités du niveau local en réseaux 165

3.1. Réseaux de fait et défaillances de la prise en charge 166

3.2. Réseaux formalisés et difficultés organisationnelles 172

3.1.1. Les objectifs explicités des réseaux 173

3.1.2. La constitution du réseau 176

Synthèse chapitre IV 182

CHAPITRE V 185

LES MODÈLES D'APPRÉHENSION DE LA PERFORMANCE HOSPITALIÈRE 185

1. En France, une recherche peu abondante en gestion hospitalière 187

2. Modèles unidimensionnels d'appréciation de la performance 190

2.1. Modèles des objectifs rationnels 191

2.1.1. Les fondements et méthodes 192

2.1.2. Leviers d'action de la performance 196

2.1.3. Les indicateurs de la performance 196

2.1.4. Enseignements de ces modèles 197

2.2. Modèles des ressources 198

2.2.1. Fondements et méthodes 199

2.2.2. Indicateurs de la performance 199

2.2.3. Leviers d'action de la performance 200

2.2.4. Enseignements de ces modèles 202

2.3. Modèles des relations humaines 203

2.3.1. Fondements et méthodes 203

2.3.2. Indicateurs de la performance 203

2.3.3. Leviers d'action de la performance 204

2.3.4. Enseignements de ces modèles 204

2.4. Modèles des processus internes 205

2.4.1. Fondements et méthodes 206

2.4.2. Indicateurs de performance 210

2.4.3. Leviers d'action de la performance 210

2.4.4. Enseignements de ces modèles 210

3. Approches combinatoires des dimensions de la performance hospitalière 212

3.1. Approche intégratrice fondée sur la théorie du système social de Parsons 212

3.1.1. Intérêts et limite 215

3.2. Approche contingente : les travaux menés par R. Sainsaulieu 216
3.2.1. Méthodes et fondements 217
3.2.2. Enseignements 220
3.3. Qualité et performance globale chez A. Donabedian 221
3.3.1. Description des travaux 221
3.3.2. Fondements importants et novateurs 226
Synthèse chapitre V *228*

CONCLUSION DEUXIÈME PARTIE 233

TROISIÈME PARTIE 237

LA RECHERCHE D'UNE VISION PARTAGÉE DES ACTEURS DE L'HÔPITAL : TROIS ÉTUDES DE CAS 237

CHAPITRE VI 243
VISION PARTAGÉE DES ACTEURS SUR LES ENJEUX DE LA PERFORMANCE 243
1. Le projet : une nécessité réglementaire et stratégique *245*
2. Le cas V : légitimer son activité, ou devenir hôpital local *248*
2.1. Les dimensions prioritaires de la performance 249
2.2. La réaction des acteurs 251
3. Le cas MC : équilibrer le budget, ou changer d'affiliation *254*
3.1. Les dimensions prioritaires de la performance 254
3.2. Les réactions des acteurs 257
4. Le cas E : développer des coopérations, ou être marginalisé *260*
4.1. Les dimensions prioritaires de la performance 261
4.2. Les réactions des acteurs 262
Synthèse chapitre VI *264*

CHAPITRE VII 265
VISION PARTAGÉE DES ACTEURS SUR LE DIAGNOSTIC DE LA PERFORMANCE 265
1. La collecte d'informations générales *267*
2. Le Cas V : ressources et processus à améliorer *272*
2.1. analyse concurrentielle 272
2.2. analyse de l'organisation 280
2.3. Synthèse du diagnostic 282
3. Le cas MC : des disciplines trop coûteuses *284*
3.1. Diagnostic à partir des données SAE 284
3.2. Diagnostic à partir des données PMSI 287
3.3. Synthèse du diagnostic 299
4. Le cas E : une offre de soins éclatée et surabondante *300*
4.1. L'environnement démographique 300
4.2. Analyse quantitative de l'environnement 301
4.2.1. Cartographie des établissements : une analyse statique 301
4.2.2. L'activité MCO : une analyse dynamique 304
4.2.3. Une analyse de l'offre de soins par discipline 306
4.2.4. L'établissement E en dynamique 310
4.2.5. Analyse financière 316

4.2.6. L'attractivité de l'établissement E : une bonne image locale 319
4.3. Synthèse du diagnostic 321
Synthèse chapitre VII..... *322*

CHAPITRE VIII 323
VISION PARTAGÉE DES ACTEURS SUR LES PRIORITÉS DE LA PERFORMANCE 323
1. Le cas V : une réorganisation interne comme axe prioritaire..... *325*
1.1. La réponse aux problèmes des urgences : une première priorité à court terme..... 327
1.2. Desserrer la contrainte du bloc opératoire : une deuxième priorité à court terme..... 329
1.2.1. Calcul des coûts de l'activité chirurgicale 329
1.2.2. Reconstruire le plateau technique 341
2. Le cas MC : une impossibilité de faire des choix *344*
2.1. Cession de l'activité chirurgicale : renoncement au caractère mutualiste de l'établissement344
2.2. Maintien de l'activité chirurgicale : le renoncement à faire seul et partage des activités 345
3. Le cas E : des coopérations comme axe prioritaire *348*
3.1. Projet des urgences : développement de réseaux internes et externes..... 348
3.2. Projet du département gynécologie obstétrique : développement de réseaux avec la médecine de ville..... 350
3.3. Projet global du département de chirurgie..... 350
3.4. Projet du département de médecine : médecins référents et partenariats extérieurs 351
3.5. Projet de cardiologie 353
3.6. Projet du département de radiologie 354
Synthèse chapitre VIII *357*

CONCLUSION TROISIÈME PARTIE..... 359

CONCLUSION GÉNÉRALE.....367

BIBLIOGRAPHIE 377

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....391

TABLE DES MATIÈRES 395