



HAL
open science

Compétition instrumentée et nouvelles formes d'organisation : Les futurs possibles

Gilbert Giacomoni

► **To cite this version:**

Gilbert Giacomoni. Compétition instrumentée et nouvelles formes d'organisation : Les futurs possibles. XXIIèmes Journées des Economistes Français de la Santé: Régulations et priorités, Nov 1998, MARSEILLE, France. pp.18. hal-00690120

HAL Id: hal-00690120

<https://minesparis-psl.hal.science/hal-00690120>

Submitted on 21 Apr 2012

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 DE LA MÉDITERRANÉE - AIX-MARSEILLE II

Sous le patronage du Professeur Didier RAOULT, Président
de l'Université de la Méditerranée

MISSION ÉCONOMIE ET SANTÉ
GREQAM - EHESS, IDEP,
INSERM (U379),
LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE.

Avec le concours :

Du Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; des Laboratoires : Glaxo Wellcome, Lilly, Lundbeck S.A.
De la Mairie de Marseille ; de la Mutualité Française ; de la Mutualité des Bouches-du-Rhône

XXIIÈMES JOURNÉES DES ÉCONOMISTES FRANÇAIS DE LA SANTÉ
5 & 6 NOVEMBRE 1998 - MARSEILLE

« LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ : RÉGULATIONS ET PRIORITÉS »

COMITÉ SCIENTIFIQUE

*L-A. GERARD-VARET, D. HENRIET,
P. HUARD, A. LEROUX, J-P. MOATTI
Ph. MOSSÉ, R. SAMBUC*

COMITÉ D'ORGANISATION

*S. CHAMBARETAUD, C. DEJEAN, L. HARTMANN,
Th. MASSIMI, B. MINVIELLE-DEVICTOR, N. TANTI-HARDOUIN*

COMPÉTITION INSTRUMENTÉE ET NOUVELLES FORMES D'ORGANISATION : LES FUTURS POSSIBLES

Gilbert GIACOMONI ⁽¹⁾

¹ Chefs des Projets Systèmes d'Informations, Organisation & Procédures (Mutualité Fonction Publique – Institut Mutualiste Montsouris – Direction Générale) ; Enseignant à l'ENSMP ; Formateur à l'EMAPHP

INTRODUCTION

La question que se pose la communauté est de savoir quelle sera l'efficacité d'une allocation budgétaire fondée sur la contractualisation et la comparaison entre les établissements et quels effets sont à attendre sachant que la cible est une plus grande équité dans la répartition des moyens et une réduction des comportements opportunistes.

Des mots se distinguent dans la formulation de cette question : contractualisation (le pacte), comparaison (le classement), équité et répartition (la récompense méritée). Ces mots traduisent une mise concurrence des établissements quel que soit leur statut (publics, privés ou Participant au Service Public Hospitalier²), leur taille ou leur localisation. S'interroger sur l'opportunité de la méthode pour allouer des budgets ou sur l'appareil de mesure (PMSI, accréditation,...) des performances, n'infléchira pas la finalité de la politique en cause à savoir l'entrée des établissements dans ce que l'on peut appeler une *compétition instrumentée*.

A moins de chercher à revenir sur la légitimité de l'introduction d'une logique que l'on pourrait qualifier « d'entreprise » (Tome, 1987 ; Honoré, 1990 ; Mulsant, 1991) dans un domaine qui s'affiche au palmarès des préoccupations majeures de la population avec l'emploi, l'éducation, la sécurité ou l'environnement, la question de l'instrument n'évitera pas celle de la compétition. On en veut pour preuve la rentrée hospitalière de certains établissements ou services marquée par des risques de fermeture, et la parution d'un numéro de *Sciences & Avenir* consacré à la performance des hôpitaux dans les disciplines chirurgicales. Les mécontents ou les sceptiques pourront toujours protester contre l'injustice des décisions et les insuffisances des critères de classement, il n'empêche que des enseignements importants s'en dégagent: l'information des patients est une condition de l'égalité aux soins ; le PMSI n'est pas qu'un instrument budgétaire ; la performance d'un service ne dépend pas de la taille de l'hôpital dans lequel il se situe³ ; les mutations engagées sont telles que les sanctions finales, décisions et choix, reviendront in fine sinon aux tutelles au moins aux patients.

Ce constat fait, on pourrait partir de l'inventaire détaillé des actions auquel un établissement peut avoir recours face aux problèmes induits par une telle politique de santé pour insister encore davantage sur les limites des marges de manœuvres possibles et les spécificités de ce secteur.

Sans pour autant faire l'économie de cette piste de réflexion, l'approche proposée dans cette communication consiste de reprendre la question initiale différemment : puisqu'il s'agit de réduire les disparités précisément sur les plans de la productivité, de la qualité des prestations, des moyens globaux, de la densité médicale, ainsi que dans le positionnement privilégié de l'Île de France, comment les établissements migreront-ils vers une logique d'entreprise (concurrence, productivité, performances, qualité,...) ?

Dans cette perspective, abstraction faite de l'origine politique de la réforme, comment le système de santé pourrait-il réagir en réponse à l'évolution d'un environnement le contraignant à une compétition instrumentée (Moison, 1997) ?

Nous avons alors l'opportunité d'aborder les problématiques vécues par les établissements, comme les symptômes des difficultés conceptuelles et pratiques rencontrées devant

² PSPH

³ De nombreux établissements pratiquent moins d'une intervention de chaque type par mois.

l'émergence de formes d'organisation d'un genre nouveau pour le domaine de la santé, mais auxquelles, à la réflexion, de nombreux autres secteurs ont été confrontés (les services publics en général, les transports, nonobstant les secteurs privés concurrentiels). Le système de santé n'est-il pas dans un état d'esprit et dans une mutation probablement comparable dans leur ampleur à ce que connut l'industrie dès le début du siècle ? Les acteurs ont alors vécu l'avènement du marketing, la mensualisation des salaires (antérieurement à la pièce dans les manufactures comme l'est encore l'acte chirurgical), l'apparition de nouveaux acteurs tels les méthodes et la planification issues du Taylorisme (Taylor, 1911 ; Fayol, 1918), (émergence de nouveaux profils comme les DIM⁴ pour le PMSI⁵, les chirurgiens/managers de département, les nouveaux partages décision/exécution entre médecins et infirmier(e)s), ou le contrôle de la production standardisée (l'accréditation produit une nouvelle forme de qualité par la règle, à l'instar des normes ISO⁶...). Aux pratiques « de masse » des années 60 (sériation des soins et appel des patients par haut parleur) a succédé une vision géocentrique de l'organisation autour du patient devenu objet de convoitise (médicale, soignante, administrative, apparition du dossier « patient »,...), comme sont apparus les cercles de qualité autour des produits (Shewhart, 1986 ; Deming, 1988 ; Crosby, 1986 ; Ishikawa, 1984)⁷. Ce mouvement s'est opéré parallèlement au développement des spécialités médicales et chirurgicales, avec l'approfondissement des connaissances, l'évolution et la spécialisation des techniques et des technologies, générant des organisations par spécialités (médecins, chirurgiens,...), observables dans de nombreux autres domaines. On pourrait relater également des mutations contemporaines dans les entreprises du secteur public (télécommunications, transports aériens,...) face à la mondialisation, à la privatisation, aux questions de la diversification, du renouvellement, de la sécurité, de la flexibilité (Hatchuel, 1988)... Après l'industrie dans le courant des années 80, le recours aux nouvelles technologies de l'information⁸ s'est amplifié dans la santé d'une part avec la pression économique, d'autre part avec le développement de progiciels⁹ et l'abaissement considérable des coûts d'installation. Les grands éditeurs jugent aujourd'hui ce marché à « maturité ». Mais les progrès de la technologie vont bien plus vite que la capacité des organisations à digérer le changement (Eyraud et Al., 1988 ; Berry 1983 ; Tonneau, 1994)

L'intérêt d'une reconsidération de la question initiale est finalement de s'autoriser plus librement des comparaisons et des rapprochements avec d'autres secteurs, notamment industriels ou du service, jusqu'ici considérés comme trop éloignés des spécificités du domaine de la santé. Cet élargissement spatial gagne aussi à être mis en perspective historique pour mieux comprendre les mutations actuellement traversées. Nous explorons ainsi les futurs possibles face aux nouveaux enjeux, en revenant à la nature même des activités et des organisations, qui rapproche parfois de manière plus ou moins inattendue, de nombreux univers productifs (Woodward, 1965).

Les développements qui suivent s'organisent en deux parties. Dans la première partie nous étudions le cas concret et original d'un établissement PSPH¹⁰ de taille moyenne, terrain d'expérimentation de projets de réformes importants et novateurs. Dans la seconde partie, nous relativisons les dynamiques du changement organisationnel observables face à des

⁴ Département d'Informations Médicales

⁵ Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

⁶ International Standard Organization

⁷ Création du premier département de la qualité en 1920 chez Westem Electric (centrale téléphonique) ; concept de zéro défaut en 1961 (Martin Marietta) ; première conférence internationale sur la qualité en 1969 au Japon ; ...

⁸ Le PMSI découle dans cette optique d'une informatisation du dossier patient

⁹ Par opposition à des logiciels spécifiques développés en interne.

¹⁰ Participant au Service Public Hospitalier

enjeux que tous les établissements partagent aujourd'hui et par rapport à d'autres secteurs d'activité (secteur industriel, secteur public,...).

1 - LES REFORMES HOSPITALIERES FACE AUX NOUVELLES CONTRAINTES ECONOMIQUES A TRAVERS L'EXPERIENCE D'UN ETABLISSEMENT TEMOIN

Nous allons étudier le cas original d'un établissement de taille moyenne (420 lits à terme) et de type PSPH - l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM) - appartenant à la Mutualité Fonction Publique (MFP). Cet institut regroupera en septembre 1999 sur un site totalement neuf, trois établissements¹¹ ayant des modes de fonctionnements, des cultures et des histoires différents. Avec l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP), il est fort probable que nous assistons là et pour plusieurs années, aux derniers grands projets du domaine en région Parisienne. La MFP a mis en œuvre des moyens importants pour réaliser un hôpital phare qualifié d'ailleurs « d'hôpital de l'an 2000 ». Le contexte d'hôpital « neuf » s'est traduit par l'ouverture de chantiers considérables, non seulement d'un point de vue architectural, mais aussi autour de nouveaux projets particulièrement intéressants pour les questions qui nous préoccupent dans cette communication. Un projet médical en grande partie achevé, avec la remise à plat de l'ensemble des activités médicales et médico-chirurgicales et un projet de réorganisation en profondeur conjugué à l'implantation d'un système d'information ouvrant sur le réseau de soin et permettant un pilotage global de l'établissement. Tous ces projets s'inscrivent dans une course à la performance et aussi contre la montre. Ils concourent à une amélioration permanente du rapport qualité/coût des prestations hospitalières pour parvenir au sésame de la reconnaissance des patients et des tutelles.

L'IMM présente ainsi un terrain d'expérimentation intéressant à double titre : pour la richesse et la diversité des nombreux projets de réforme mais aussi pour l'histoire de ses évolutions qu'il nous est permis de retracer avec les contextes qui les ont vu naître (une part ayant été initiée depuis plusieurs années il est possible de bénéficier d'un certain recul sur les expériences vécues). Nous passons donc en revue ces différents projets, parallèles ou successifs, en identifiant au passage les difficultés auxquelles l'établissement s'est confronté, en avant première de l'immense majorité d'entre eux. Ce qui procure à notre analyse un intérêt également prédictif. Ces difficultés nous permettent de mieux cerner les champs d'actions, les problématiques, les choix et les moyens et de repérer ainsi les actions auxquelles les établissements peuvent avoir recours face à la nouvelle politique de santé publique.

1.1. Codification PMSI et mesure de l'activité hospitalière (MAHOS¹²)

Rétrospective

L'utilisation du PMSI pour mesurer l'activité des hôpitaux était expérimentale depuis 1985. Elle est devenue effective depuis une circulaire ministérielle du 6 août 1996, ce qui a impliqué une évolution du budget des hôpitaux en fonction (pour partie) des résultats comparés à la moyenne régionale par le système MAHOS, qui est une nouvelle mesure de l'activité hospitalière. Chacun s'accordait à reconnaître que la mesure de l'activité d'un hôpital par le nombre de journées, le nombre d'entrées ou de consultations n'était pas significative des moyens qui lui étaient nécessaires tant en personnel qu'en ressources matérielles. Il convenait par conséquent de médicaliser les informations, c'est à dire de tenir compte des pathologies prises en charge, des actes diagnostiques ou thérapeutiques pratiqués sur chaque patient, de l'âge de celui-ci... Le PMSI a permis cette évolution grâce à la mise en place des Départements d'Information Médicale et à l'implication des médecins.

¹¹ Dont le Centre Médico-chirurgical de la porte de Choisy et l'Hôpital International de l'Université de Paris

¹² Mesure des Activités HOSPitalières ; DRASS Rhone-Alpes, 1996

Ainsi, depuis 1995, la totalité des hôpitaux Français de court séjour (médecine, obstétrique, chirurgie) transmettent aux DRASS¹³ toutes ces informations relatives aux séjours des patients. Elles sont traitées par des procédures informatiques de telle sorte que chaque séjour-patient soit classé dans un des 618 groupes¹⁴ homogènes de malades (GHM), selon l'importance de sa pathologie, des actes pratiqués, ou des complications qui sont survenues. Chacun des 618 GHM est affecté d'un coefficient représentant son coût économique relatif en point ISA¹⁵. Il devient alors possible d'exprimer l'activité de l'établissement par un total de points ISA pour les patients hospitalisés auquel se rajoute l'activité des consultations et soins externes valorisée de façon plus globale. En divisant le total des dépenses annuelles de chaque hôpital (hors frais de structure) par le total des points ISA produits, on obtient une valeur financière du point qui permet de comparer le rapport coût/activité des établissements entre eux et ainsi, de corriger les écarts les plus substantiels sur plusieurs exercices budgétaires. Ce système pour complexe qu'il soit, est de nature à améliorer¹⁶ le contenu des négociations budgétaires.

L'IMM a été un site d'expérimentation sur l'élaboration de l'échelle de points ISA, et a participé à l'étude nationale des coûts par activité médicale. Mis en œuvre en 1989, le PMSI autorise aujourd'hui 7 ans de résultats avec des coûts par Groupes Homogènes de Malades (GHM) et des coûts par pathologie. Cet outil est entré progressivement dans les usages et dans la culture sous l'effet notamment d'une implication forte de la Direction, en appui d'une structure DIM centralisée, avec une démarche interne commune, des saisies en tant réel et délocalisées, et précisons-le, la mise en place de moyens incitatifs à l'intention des promoteurs du projet (Polton, 1994). On a pu constater un intérêt partagé du retour d'information. L'analyse des résultats du PMSI a stimulé les dynamiques propres aux différentes spécialités qui y cherchaient des argumentaires comparatifs ou justificatifs des spécificités de leurs disciplines. Elle a permis d'effectuer des évaluations médicales (étude des patients hors-normes), d'aider la politique d'équipement (comparaison de plusieurs techniques) et la stratégie médicale (analyse de l'évolution du case-mix), pour finalement reboucler avec l'intérêt gestionnaire du PMSI (analyse des déviations par les médecins de spécialité, maîtrise des dérives budgétaires, réflexions sur des actions correctives au niveau décisionnel des conseils de département,...). L'introduction du PMSI a finalement sensibilisé les médecins aux considérations financières (saisie décentralisée, médecin responsable dans chaque service, retour d'information performant, développement de tableau de bord par service, collaboration plus étroite entre gestionnaires et médecins). Cette étape a été en partie à l'origine d'une démarche interne de réorganisation de la structure d'établissement et la définition du projet médical que nous allons voir au paragraphe suivant.

Les constats sont globalement positifs au sein de l'établissement en ce qui concerne l'insertion de cet outil PMSI. Il n'y avait rien d'évident à cela. D'abord compte tenu des difficultés pratiques liées à l'usage de l'informatique en général et par les médecins en particulier, ensuite parce que le PMSI était un instrument de mesure et de contrôle de l'activité hospitalière susceptible de provoquer des réactions de rejets. Le caractère obligatoire d'utilisation du PMSI n'étant survenu qu'après coup à l'IMM. Ces deux points suffisaient à eux seuls à faire obstacle à la bonne marche du projet. Or rien n'a permis de constater de telles obstructions. En revanche, on peut s'interroger sur le devenir d'un jeu d'acteurs (Guilhot, 1995) dont la pertinence des règles est contrastée par le fait que l'APHP¹⁷ n'est pas tenue de restituer ses résultats. Sachant que l'objectif affiché est de comparer les établissements, comment aller dans le sens d'un dimensionnement équitable des efforts aux résultats pour éviter que ne s'accroissent davantage les différences entre le public, le privé et le PSPH ? Une logique de

¹³ Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

¹⁴ Le nombre de GHM est en perpétuelle évolution. Il s'est accru de 100 GHM entre 97 et 98, ce qui suppose une mise à jour et des ressources en personnels pour le suivi.

¹⁵ Indice Synthétique d'Activité

¹⁶ à condition que l'enveloppe financière des budgets hospitaliers ne se contracte pas par le biais de taux directeurs trop faibles

¹⁷ Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

complémentarité et de mutualisation de moyens gagnerait à être développée.

1.2. Regroupement des sites et recomposition de l'activité : projet médical et nouvelle structure d'établissement

Dans le cadre du regroupement et du contrat d'objectifs et de moyens, un projet médical a été conduit pour préciser l'évolution des activités médicales, les réorganisations internes, les coopérations avec d'autres établissements, les procédures d'évaluation et les critères d'évolution des ressources budgétaires. Rappelons que pour faciliter les opérations de coopérations entre établissements destinées à améliorer la structure du tissu hospitalier, les Agences Régionales pouvaient imposer des actions, voire prononcer des fusions. L'initiative de l'IMM de regrouper les trois sites s'est inscrite dans ce schéma. Le caractère porteur des spécialités médicales et chirurgicales, ainsi que l'analyse des forces de l'IMM face à la concurrence ont été pris en considération. Le résultat s'est traduit par un redimensionnement des segments d'activité médicale et un redéploiement des ressources internes en nombres de lits, en personnels et en moyens matériels et financiers.

La compression de personnel a été relativement douloureuse comme on l'observe généralement dans les contextes de fusion/acquisition. D'autant qu'elle ne s'achèvera qu'au regroupement physique en septembre 99. Des mouvements ont été nécessaires d'un site à l'autre avec des difficultés aiguës dans la période de transition qui ne s'achèvera qu'à cette échéance. Les phases successives de travaux conduisent du reste les départements à des déménagements provisoires, ce qui ajoute à la déstabilisation des personnels et des patients. Un travail soutenu d'accompagnement a été nécessaire.

A l'issue d'une longue réflexion avec l'ensemble du corps médical et soignant, aidé des précieuses prévisions permises notamment par le PMSI et après de délicates négociations avec les autorités, le projet médical a été adopté. En contrepoint, un nouvel organigramme a vu le jour avec une redéfinition des fonctions. L'objectif poursuivi était d'optimiser la mobilisation des ressources en redistribuant les périmètres, les rôles et les responsabilités des acteurs intervenant autour du patient. Cette structure a été imaginée dans l'espoir d'une meilleure cohérence avec le projet médical consistant à déterminer les segments d'activité (grandes spécialités médicales, chirurgicales, soins palliatifs, obstétrique, psychiatrique,...) et les ressources humaines et matérielles nécessaires.

Directement rattachées à la Direction Générale, trois Directions fonctionnelles classiques :

- Directions des Ressources Humaines
- Direction Financière et du Contrôle de Gestion
- Direction des Services Economiques et Techniques

et une Direction Opérationnelle, la Direction des Prestation Hospitalière (DPH), qui constitue une innovation dans l'organisation hospitalière française. Elle est elle-même structurée en Départements spécialisés médico-chirurgicaux (orthopédie, cardio-vasculaire...) et médico-techniques (imagerie médicale, laboratoires...), Informations et Etudes médicales (département DIM et aide au pilotage de la DPH¹⁸), regroupant chaque fois l'ensemble des compétences (médecins, infirmière¹⁹, hôtellerie et secrétariats,...) sous l'autorité hiérarchique d'un « manager », relevant du DPH. Par exemple un Département Bloc-Anesthésie a été créé regroupant sous une même autorité les ressources internes du bloc opératoire.

¹⁸ Notons que le PMSI est utilisé à des fins internes pour la DPH débordant le cadre de la simple restitution des données aux tutelles, preuve de sa réussite.

¹⁹ Rupture avec la hiérarchie des surveillantes générales notamment

Les caractéristiques principales de cette structure sont d'être très proches de celle d'une entreprise: création d'une direction de la production, de départements « transversalisant » les ressources, en cohérence avec de nouvelles définition de fonction pour l'encadrement. Dans cette recomposition, on a assisté à une transition du modèle précédent proche d'une coexistence de « PME » avec des ressources quasiment dédiées vers une structure en réseau de départements spécialisés partageant des ressources communes au niveau des plateaux techniques. Le rôle de la Commission médicale d'établissement (CME)²⁰ s'est totalement modifié et la surveillante générale de soins a disparu. L'avantage de cette structure est de rompre avec un cloisonnement « administration / médecin / soignants) compliquant les prises de décision par ligne de commandement.

1.3. Accréditation et auto-évaluation anticipées (en prévision de l'ANAES²¹)

Cette initiative voulait anticiper une démarche Qualité qui allait être imposée par l'ANAES à tous les hôpitaux français sur un horizon de cinq ans et selon des modalités normalisées assez proches. On ne peut retracer ce projet sans signaler au passage à la fois l'enjeu d'une accréditation dans un contexte de vive concurrence et l'analogie avec les normes ISO qui ont vu le jour dans le domaine industriel il y a déjà plusieurs années (1947) (V. Feigenbaum, 1951 ; Juran, 1951). Soulignons les principes d'évaluation de la qualité par introduction de la « norme » dont on connaît les effets sur la gestion interne des entreprises et sur leur productivité²².

Rétrospective

L'ANAES a été créée par le décret du 7 avril 1997 dans le cadre de la réforme du système de soin français. Sa mission: développer l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles et installer la procédure d'accréditation dans les établissements de santé (4000 hôpitaux et cliniques). Le CCASS est un Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé, créé en 1958. L'accréditation au Canada est un programme national et Volontaire évaluant la qualité des soins et services offerts par les organismes de santé, fondé sur l'auto-évaluation et l'examen par des experts. La Normalisation applicable est bâtie sur des critères standardisés, définis par des professionnels de santé, qui permettent l'évaluation de la qualité des soins et des services offerts aux patients. A partir d'une échelle de conformité, elles mettent en avant les points forts et les points à améliorer dans le fonctionnement d'un établissement (accueil du patient, organisation de son attente...)

Elle a mobilisé plusieurs dizaines de personnes, quatre semaines de préparation, dix semaines d'auto-évaluation, près de 2000 heures de travail et une structure dédiée pour l'organisation, le suivi de la démarche et le soutien méthodologique aux équipes internes. Des groupes de travail par département, représentatifs des différents métiers intervenant dans le parcours du patient, se sont constitués sur la base du volontariat. L'équipe de Direction au complet s'est également impliquée dans cette méthode. Ils ont évalué leur fonctionnement en le passant au

²⁰ Tutelle habituelle des médecins

²¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

²² La sur-qualité comme la sous-qualité ont constitué dans l'industrie les deux mâchoires de la non-conformité. Les exigences de qualité normées ont eu pour conséquence une augmentation du taux de rebuts et donc une diminution de la productivité. Les systèmes productifs ont dû être restructurés pour assurer une indépendance du contrôle-qualité et une redéfinition des critères en fonction des marchés et des types de clientèle analysés par le marketing. Du reste ces changements ont exigé de remonter jusqu'à la conception même des produits. Les mêmes causes produisant les mêmes effets, un phénomène équivalent est possible dans les établissements hospitaliers autour des techniques, des technologies, de l'organisation des soins et plus globalement sur l'ensemble de la structure.

crible norme par norme. A chaque réunion, un patient anciennement hospitalisé dans le Département concerné donnait son avis. Suite à cette auto-évaluation, les Canadiens sont venus visiter les Départements, s'entretenir avec les équipes et quelques patients. Lors de la séance de synthèse, les experts ont présenté leurs observations et leurs recommandations. Le processus s'est poursuivi avec la mise en place des actions retenues. Des groupes « pilotes » ont été chargés de la réalisation, du suivi et de l'évaluation de chaque action (information donnée au patient, consentement éclairé...).

Globalement, cette expérience d'auto-évaluation s'est révélée très positive. Elle a permis à tous les professionnels qui interviennent sur le parcours du patient de mieux se connaître, de comprendre le travail et les contraintes mutuelles et surtout de dégager les points forts et les points faibles ainsi que des plans d'actions. L'IMM souhaite d'ailleurs faire partie du groupe qui devrait tester la démarche mise en place par l'ANAES.

Le processus d'accréditation a amorcé une démarche d'amélioration continue de la qualité à tous les départements et a débouché sur une réflexion collective autour des procédures transversales et d'un nouveau système d'information²³ d'envergure, bâti sur une ingénierie des processus et couvrant l'ensemble des métiers et des domaines fonctionnels de l'établissement (dossier patient informatisé, ordonnancement global des ressources entre les départements d'hospitalisation et les plateaux techniques, gestion économique et financière, gestion de la maintenance assistée par ordinateur notamment pour le suivi de la matéro-vigilance...).

1.4. Optimisation des schémas de fonctionnement et nouveau Système d'Information

Avec la démarche qualité, l'organigramme, le troisième chantier stratégique était la définition des procédures et le traitement de l'information. Il a démarré fin 1996 avec la conception d'un schéma directeur dont l'objectif était de permettre à la chaîne des acteurs intervenant autour du patient d'optimiser les ressources et d'accroître la qualité en rendant disponibles les bonnes informations au bon moment. Un tel projet ne se limitait pas à la mise en place d'un outil informatique. Il englobait une réflexion sur l'organisation, les procédures de fonctionnement et le système d'information de l'IMM (Giacomini, 1998). Il s'est appuyé sur une démarche participative, partant d'un état des lieux jusqu'au recueil des besoins. L'idée était d'identifier l'organisation et la transmission des informations au sein de l'établissement. Autour du projet, pendant 18 mois, près de 150 personnes ont été mobilisées pour mettre en évidence un schéma cible centré sur le patient. Suivre son parcours a révélé toute la chaîne d'acteurs impliqués dans les multiples départements et les besoins en informations que cela entraînait (un patient mobilise environ une centaine de personnes dont 50 % en liens directs). Elles ont défini les grands types de parcours du patient en cohérence avec les spécificités de l'établissement et son projet médical. Ont été identifiés également les processus (Simon, 1955, 1969, 1976, 1977) qui interviennent au niveau des plateaux techniques (imagerie, laboratoire,...) et de la sphère administrative dans ses différentes composantes (hôtelière, économique, comptable, financière,...).

L'analyse a mis en évidence plusieurs résultats importants notamment :

- Une réflexion organisationnelle et fonctionnelle conservant les spécialités médico-chirurgicales²⁴ (flux de patients relativement séparés) et optimisant les flux²⁵ croisés au

²³ En 18 mois, séparant le début des opérations et la signature avec les partenaires industriels, ce dernier projet a su gagner l'adhésion de l'ensemble des personnels (médicaux, médicaux-techniques, administratifs,...) et des décisionnaires (D.G, Présidence...).

²⁴ Par organe (cœur, poumons, reins...)

²⁵ Physiques (patients, matériel, consommables...) et d'informations (dossiers patients...)

niveau des plateaux techniques (ordonnancement des ressources et des priorités).

- Une réflexion approfondie sur les modèles²⁶ gestionnaires sous-tendus par l'activité comme par exemple des graphes *décision* (staff, prescriptions, sortie...) / *hasard* (résultats des investigations, de l'intervention...) pour convenablement décrire les parcours des patients et les caractéristiques des flux (incertitude sur une date d'accouchement en obstétriques, ou plutôt sur une durée de séjour en soins palliatifs...). On peut également citer le modèle²⁷ de gestion de stocks décentralisés dans les départements depuis le magasin central couplé à la pharmacie avec les circuits de distribution nominative des médicaments.
- Une réflexion stratégique sur la structure des données (base unique ou répartie), la sous-traitance de l'informatique (infogérance totale ou partielle), le traitement et le contrôle en temps réel de l'information (gestion centralisée ou distribuée)...

Après cette première phase d'étude, l'IMM a dû faire ses choix et trouver des solutions les plus conformes à ses attentes, sachant que le marché n'offre pas de solutions standardisées globalement satisfaisantes. S'il existe en effet un grand nombre de solutions départementales (gestion d'un service de radiologie, de laboratoire,...), il est moins évident de trouver des systèmes intégrés avec des bases déjà installées, couvrant simultanément les sphères médicales et administratives. Au terme de deux années, les partenariats avec les grands éditeurs (dont le numéro un mondial des systèmes d'information hospitaliers) et constructeurs du domaine ont été établis. La mise en œuvre est en cours notamment pour les exigences du passage à l'an 2000 et à l'EURO. Mais la compression des délais (l'ouverture imposant de surcroît un ensemble opérationnel pour le dernier trimestre 99) représente une véritable gageure. Il serait prématuré de se prononcer sur les résultats à venir, mais il semblerait que l'appropriation du projet ait été massive et que certains obstacles généralement relatés au travers d'expériences comparables²⁸ (Moison et Weil, 1985, 1987) pourraient bien avoir été en grande partie évités (choix consensuels, respects des délais et des budgets). Il faut dire qu'à dessein, 30% du budget global consacré aux projets de réformes de l'organisation et des systèmes d'informations a été réservé pour le renforcement des équipes techniques et informatiques internes ou pour le remplacement des personnels mobilisés à temps partiel à son installation lors des phases pluri-mensuelles d'études préalables, de paramétrage ou de formation. Des équipes d'experts et de référents (médecins, soignants, administratifs...) ont pu ainsi être dédiées. Tous les établissements ne sont pas à égalité pour faire face à des besoins humains et financiers aussi importants. Du reste, l'évaluation des retours sur investissements (qualité, gains en temps passé ou en équivalent temps plein par métier...) se révèle complexe du fait notamment d'un manque de recul et d'éléments de comparaison.

L'approche adoptée doit donc être relativisée en fonction des circonstances économiques (Williamson, 1994 ; Mintzberg, 1979), de la structure interne ou de l'atmosphère social (Crozier et Friedberg, 1977 ; Cyert et March, 1963 ; Sainsaulieu, 1987). La résistance au changement peut s'avérer plus ou moins importante et s'exprimer par des mouvements sociaux ou se traduire par des extensions coûteuses des cycles de conception, de décision puis de mise en œuvre de tels projets. Les réformes enclenchées à l'IMM offrent néanmoins la possibilité d'estimer l'impact des nouvelles contraintes conjoncturelles à l'échelle du système de santé dans son ensemble (Pouvoirville, 1996 ; Vinot, 1998). Le contrôle et la mesure de l'activité via le PMSI et MAHOS ou la démarche de l'ANAES sont des points de passage obligés (un

²⁶ Issus de la recherche opérationnelle

²⁷ Kanban (principe de réapprovisionnement automatique de l'industrie automobile japonaise)

²⁸ A en juger par les échanges entre établissements français (régions parisienne dont l'HEGP, marseillaise, lyonnaise et bordelaise) ou étrangers (visites USA, GB, Allemagne, Canada notamment) et au travers de la littérature du domaine qui a pu être explorée.

tiers des établissements ne satisferaient pas aux normes exigées), tout comme le recours aux nouvelles technologies de l'information (Reix, 1995). Seul le particularisme de la refonte de la structure interne liée à un regroupement semblerait spécifique à l'IMM, encore que les tutelles puissent l'imposer aux établissements.

2 – REFORMES D'UNE ACTIVITE CENTREE SUR LA PERSONNE ET CONTINGENCES DES ORGANISATIONS

Après avoir retracé l'expérimentation des projets de réformes d'un établissement hospitalier témoin face aux nouvelles contraintes économiques, nous nous intéressons ici d'une manière plus générale aux comparaisons et aux rapprochements possibles avec d'autres secteurs d'activité (Ogien, 1995 ; Loth, 1995 ; Moisdon 1997). Cette approche présente l'intérêt de pouvoir relativiser les changements organisationnels du domaine de la santé et anticiper ses évolutions.

2.1. L'efficacité technique et gestionnaire dans la maîtrise des processus de soins : enjeux de compétitivité et adaptations organisationnelles

L'activité hospitalière n'a jamais cessé de se modifier au cours du temps²⁹ sous la poussée de techniques ou de thérapeutiques nouvelles émergeant avec les spécialités, les compétences et les pratiques chirurgicales...(Imbert, 1982). L'efficacité technique dans la maîtrise des processus de soins primait alors sur l'efficacité gestionnaire (Vinot, 1998). La rigueur et les restrictions budgétaires ont surgi dans un système peu préparé à affronter ainsi les considérations économiques (Halgand, 1994). D'où les oppositions entre gestionnaires et professionnels de santé ou entre l'optimisation obsessionnelle du ratio personnel/patient et les exigences de qualité. Outre atlantique³⁰ (Veney & Kaluzny, 1991), les efforts se portent davantage sur les gains possibles autour des décisions médicales (aide à la décision, système de contrôle...). Les établissements de santé défendent les spécificités de leur activité et les décrivent (Vaysse, 1997 ; Bartoli et Al., 1992 ; Boiteux 1993 ; Merlière, 1995 ; Bouffechoux, 1997) au travers de caractéristiques internes [i.e endogènes] (organisation, statut des médecins, répartition budgétaire, spécialités, multiplicité des métiers³¹, histoire de l'établissement...) et externes [i.e exogènes] (localisation et desserte géographique, densité de l'offre locale de soins, taille de l'établissement en nombre de lits et dotation budgétaire, statut privé ou public ou PSPH...). Ces caractéristiques s'influencent mutuellement et les établissements se considèrent limités dans leurs marges de manœuvres face à des impératifs conjugués de qualité et de coûts : taux de prise en charge variables, actions marketing ou publicitaires directes impossibles, procédures administratives lourdes, délocalisations incompatibles avec la notion de service public... De ce point de vue, les établissements peuvent avoir tendance à porter leurs actions sur le plan des négociations de budgets et de conflits avec les tutelles. Mais la nouvelle politique de maîtrise globale des dépenses de santé est basée sur une comparaison du coût des prestations de chaque établissement par rapport à

²⁹ L'Hôpital International de l'Université de Paris était par exemple à l'origine un petit hôpital général qui est passé de 20 à 76 lits en développant son service de consultations externes. En 1954, pour faire face à une demande grandissante, la Fondation a décidé la construction d'un ensemble plus vaste, destiné à couvrir les besoins de santé de la population de Paris et sa région (350 lits, 70000 consultations par an) : hospitalisations, soins et consultations externes, médecine préventive. Entre 1958 et 1987 de nouveaux services ont ouverts tour à tour : (1964) chirurgie, maternité et psychiatrie, (1967) réanimation, (1971) pédiatrie, (1974) hôpital de jour, (1987) soins palliatifs. Le Centre médico-chirurgical de Choisy a été créé en 1956 par la Fédération Nationale des mutuelles de fonctionnaires et agents de l'état. Toutes les techniques de pointe de l'époque étaient mises à la disposition des équipes médicales qui y travaillaient à plein temps.

³⁰ North Mississippi Health services (Tupelo), Hospital of Children (philadelphia), MayoClinic (Jacksonville /Floride), Health midwest (Kansas City / Missouri) ; Baystate (springfield/Mass.)

³¹ Près de 100 métiers différents soit dix fois plus qu'une entreprise de taille comparable

une tendance³² moyenne régionale. Seul leur statut public ou privé semble faire encore une différence dans cette mise en concurrence où les performances et les dysfonctionnements sont du reste relayés par les patients et les médias. Par exemple, l'impossibilité de recomposer les segments d'activité en sélectionnant des pathologies ou en fermant des urgences est à considérer comme une contrainte commune et les établissements doivent chercher à multiplier les sources de recrutement (Fontarenski, 1990) ou accroître la flexibilité (polyvalence) des ressources humaines.

A l'instar des réformes de l'établissement témoin (cf I), la compétition se déploie sur les dimensions suivantes :

- recrutement et attractivité (pour assurer un niveau de production) : renommée des établissements, réseau de soin, correspondants de ville... et plus largement un véritable management du marketing³³ de l'activité (segmentation, stratégie concurrentielle, positionnement...).
- organisation optimisée de la production (organigramme, management des ressources humaines/matérielles, découpage des tâches/responsabilités, procédures, internalisation/sous-traitance³⁴...) en cohérence avec la stratégie de recrutement (urgence ou programmation à froid, spécialités médico-chirurgicales, domaines de recherche...)
- instrumentation gestionnaire adaptée : essentiellement l'informatisation générale destinée à procurer des gains de performance (rapidité, partage de l'information...)
- système qualité : protocoles, chartes, investissements techniques et technologiques, confort, délais, coût, intégrité et sécurité (infections nosocomiales...)

Ces nouveaux défis organisationnels du système hospitalier ne se retrouvent-ils pas dans tous les secteurs concurrentiels où les exigences de qualité sont aussi drastiques (Actes CNRS, 1998) ? Les systèmes (progiciels) de pilotage économique et financier ne sont-ils pas quasiment identiques dans l'aéronautique, la chimie ou la santé (Jacobzone, 1995) ?

L'activité hospitalière est essentiellement « manufacturière » même si les techniques et les technologies évoluent vers une certaine forme d'automatisation comme par exemple la chirurgie assistée par ordinateur, la robotisation des laboratoires ou l'imagerie médicale. Les contraintes économiques, les exigences de compétitivité et de rentabilité conduisent à des stratégies de segmentation d'activité privilégiant un accroissement des séries dans les limites fixées par les obligations de service public. Cette augmentation des séries produit une répétition protocolisée des gestes et des actes conditionnant aussi le statut (vacations/mensualisation) des professionnels de santé. On assiste ainsi à l'avènement du marketing et la mensualisation des salaires comme ce fût notamment le cas dans l'industrie manufacturière au début du XX^{ème} siècle. Rappelons que c'est avec la crise de 1929 que se développent de nouvelles techniques de ventes pour créer des débouchés et pouvoir continuer de produire. L'ouverture à des réseaux de soin pour capter les patients d'après un profil, un âge, une origine, une pathologie est bien inscrite dans une telle stratégie (Broun, 1991 ; Claveranne, 1994).

La codification (PMSI) et la mesure (MAHOS) de l'activité hospitalière (Matillon & Durieux,

³² Un Indice d'Activité Synthétique permet de mesurer une production pour en relativiser les coûts structurels par rapport à une tendance moyenne et permettre un réajustement des dotations selon les performances.

³³ Ce terme est évité dans l'univers de la santé...

³⁴ Logistique hôtelière, hospitalisation à domicile (HAD)

1994) rappellent le contrôle de la production standardisée dans l'industrie et les services (Weber, 1995 ; Fayol, 1918). Cette période de rationalisation a vu se séparer les fonctions de conception et d'exécution et émerger les services Méthodes Planification (Taylor, 1911). Ces services avaient pour fonction de préparer les dossiers nécessaires à la fabrication des produits et d'ordonnancer leur fabrication. Les acteurs de la santé ont vu leur profil se modifier dans un schéma analogue avec l'apparition de doubles compétences (chirurgiens/managers de département), voir de triples compétences (DIM médecin, informaticien et gestionnaire). Les décisions réservées aux médecins (signature des prescriptions...) ont été séparées de leur exécution attribuées aux infirmières. Dans les années 60, les activités étaient divisées par spécialité avec des classeurs (dossiers de spécialité) listant pour chaque tâche les patients concernés. L'exécution des tâches était sériee et les patients étaient appelés par haut parleur. Le contrôle-qualité des tâches jalonnant le parcours des patients a ensuite dû être considéré dans son ensemble en regard de référentiels normés. A présent, l'organisation est recentrée sur le patient comme ce fût le cas dans l'industrie autour des produits et des services avec l'apparition des cercles de qualité. Les fonctions organisationnelles de support, secrétariats, archivistes et cadres de départements [surveillante et médecin chargé du compte rendu de sortie] préparent³⁵ les dossiers « patients »³⁶ et planifient les étapes (consultations, bilans, hospitalisation, intervention, retour en hospitalisation, sortie). Les problèmes d'organisation et les conflits d'allocation de ressources ou de priorités sont ainsi particulièrement exacerbés au niveau des plateaux techniques, à la croisée des besoins des divers services spécialisés, notamment aux blocs opératoires et sites anesthésiques : problèmes chroniques de plannings des personnels (heures supplémentaires), d'élaboration des programmes opératoires, de coordination, d'optimisation des flux physiques et d'information, de respect des normes de sécurité, de gestion des urgences et de la chirurgie ambulatoire... L'ordonnement des blocs-anesthésie s'est d'ailleurs inspiré de l'industrie et des services Méthodes : programmations comme tenant compte des caractéristiques du recrutement (court, moyen ou long terme), des taux d'occupation de salles, des standards de temps opératoires ou de préparation...

2.2. Théorie des contingences organisationnelles et forme d'activité centrée sur la personne : le double statut du patient à la fois objet et sujet

Les théories de la contingence des organisations dont nous rappelons ici les principales avancées, apportent des éléments intéressants dans la compréhension des réformes hospitalières. Elles atteignent cependant des limites dans un univers où le facteur humain est prédominant sur la technologie. Nous proposons de considérer ce facteur humain comme une variable supplémentaire pour compléter la théorie des contingences et expliquons comment ce facteur agit les autres variables de l'organisation.

Les théories de la contingence recherchent les facteurs (environnementaux, technologiques...) expliquant les formes d'organisation considérant qu'elles résultent d'une adaptation relative à la nature des problèmes rencontrés et qu'il n'existe donc pas de solutions optimales.

L'environnement (technologie, marché) explique les formes d'organisations (Burns & Stalker, 1964). Les évolutions de l'environnement (incertitude, complexité) expliquent les stratégies cherchant à positionner convenablement les structures entre deux opposés :

³⁵ trient, classent, réactualisent

³⁶ compilant les dossiers de spécialité

- les structures mécanistes adaptées à un environnement stable : complexes, formalisées, centralisées, peu flexibles³⁷, fonctionnant de manière répétitive et valorisant peu le travail.
- les structures organiques adaptées à un environnement instable : flexibles, basées sur des communications horizontales, avec une autorité fondée sur l'expertise et la connaissance.

L'adaptation des structures (nombre de niveaux hiérarchiques, structure par produit ou par marché, sous-traitance...) à l'incertitude de l'environnement est même considérée comme une condition de survie et d'efficacité des organisations (Lawrence & Lorsch, 1967) :

- par différenciation (technique, humaine) et par autonomisation.
- par intégration et unification (des fonctions).

Le renforcement de la coordination dépend du niveau de différenciation ou d'intégration.

L'importance variable des fonctions de l'entreprise (administration, production, mercatique...) et les caractéristiques des structures (nombre de cadres, longueur de la chaîne de commandement) dépendent de la complexité des technologies employées (Woodward, 1965) et qu'il faut parvenir à contrôler pour rendre prévisibles les résultats (production à l'unité, en continu...). D'autres facteurs de contingence (âge, taille de l'organisation, système technique, environnement, relations de pouvoir) dessinent les formes structurelles (Mintzberg, 1978).

Ces théories de la contingence veulent expliquer l'évolution des modèles organisationnels en fonction de l'environnement ou des technologies. Mais les organisations ne se ressemblent pas toujours dans les secteurs stables et peuvent a contrario demeurer inchangées dans des secteurs instables. Du reste, la technologie ne se retrouve pas dans toutes les organisations (services à la personne).

Nous reconnaissons, dans le domaine de la santé, certains des mécanismes décrits. L'environnement y est marqué par la complexité et l'incertitude (Léonard, 1992). Les résultats thérapeutiques ne sont pas prévisibles et une composante structurelle *mécaniste* s'est tissée au sein des structures hospitalières pour maîtriser les risques médicaux et médico-techniques : protocoles de soins, rationalisation des processus, automatisation des gestes et des actes, informatisation des tâches et des circuits d'informations... L'incertitude conditionne la production : en obstétrique le terme de la grossesse est incertain ; en médecine polyvalente et davantage encore en psychiatrie la durée de séjour est incertaine ; en dehors des urgences, la chirurgie est programmée « à froid ». L'évolution des besoins et des attentes de la population, des techniques d'investigations et des technologies, ont aussi favorisé la prédominance d'une composante structurelle *organique* : forte différenciation (une centaine de métiers, une sous-traitance poussée³⁸) et autonomisation par spécialités (médicales et médico-techniques). L'autorité médicale est fondée sur l'expertise et la connaissance. Les chaînes de commandements comptent de 4 à 6 niveaux avec des communications horizontales. L'importance relative des fonctions administratives, productives et mercatiques s'égalise (Launois, 1996).

Les théories de la contingence ne prennent pas explicitement en compte le poids du facteur humain dans le système et son environnement. Par conséquent, il leur est difficile d'expliquer certaines situations organisationnelles liées à la personne comme c'est le cas de la production hospitalière, hybride, en même temps unitaire (chaque patient diffère des autres) et répétitive (actes, pathologies). Sans ce facteur humain, la superposition de formes d'organisation

³⁷ statuts, qualifications

³⁸ Logistique hôtelière, hospitalisation à domicile...

cherchant à répondre respectivement à des exigences de performances économiques (productivité, contrôle, rationalisation, évaluation, réactivité, polyvalence, flexibilité...) et médicales (délégation, décentralisation, spécialisation, avancées techniques et technologiques, apprentissage...) peut conduire à des situations contradictoires et contre productives. L'hôpital est le lieu où le facteur humain est central : joie d'un accouchement, angoisse d'une intervention, douleur, autonomie, solitude... Ce facteur intervient du côté du patient comme du côté du personnel en contact quotidien avec les pathologies et les risques d'erreur. La contribution humaine impliquée dans l'interaction entre les patients et l'environnement hospitalier est donc très forte (Raïffa, 1968 ; Bell & al., 1988). Les performances médicales peuvent être fortement relativisées par une expérience mal vécue, indépendamment de critères matériels comme le confort hôtelier. Cet aspect expérientiel marque le patient, influençant par ricochet son entourage familial et jusqu'à son cercle social (professionnel...). Les sources de recrutement (médecins de ville...) peuvent en être affectées voir déstabilisées. Le comportement, les besoins, la satisfaction du consommateur (du patient) et les effets induits sur le « marché » font partie des préoccupations du Marketing et de la Qualité de service (Belk, 1978, 1988). La prise en compte du facteur humain se traduit aussi en termes d'exigences de service et de complexité des soins au sein de la structure : poids, âge, présence de diabète, sensibilité à la douleur, claustrophobie (examen d'IRM), entourage familial (hospitalisation à domicile), consentement éclairé (face à l'incertitude), le rapport à la vie, au handicap, à la mort... De même qu'une activité dédiée à un bien matériel ou à un service, façonne l'ensemble des dispositifs qui lui sont dévolus au sein de l'organisation (modes de répartition, de coordination, d'évaluation notamment), une activité dédiée³⁹ à la personne façonne son organisation. Dans le cas du patient, celui-ci est à la fois l'objet (le produit) et le sujet (le client). Que diraient les biens de consommations s'ils pouvaient parler ? Les objectifs de performances ne seraient-ils pas reconsidérés différemment ? Les vocations et les formes organisationnelles ne s'adaptent-elles pas en conséquence ?

La littérature autour de l'organisation et de son fonctionnement ou autour de l'individu dans l'organisation est abondante (Mayo, 1945 ; Maslow, 1954, 1968 ; MacGrégor, 1960 ; March & Cyert, 1963 ; Simon, 1969 ; Chandler, 1972 ; Lemoigne, 1973, 1974, 1995, Herzberg & Voraz, 1978 ; March et Simon, 1979 ; Sainsaulieu, 1987 ; Scheid, 1990 ; Coriat & Weinstein, 1995 ; Thill, 1997). L'objectif est simplement ici de considérer le facteur humain comme facteur de contingence dans l'organisation de l'activité liée à la personne, l'activité hospitalière étant un cas d'espèce. Cette considération s'inscrit dans la lecture des organisations s'adaptant aux nécessités imposées par la nature des activités (Moison et Weil, 1985, 1987). La compréhension du comportement des acteurs et du fonctionnement dynamique du système pouvant être par ailleurs recherchée (Friedberg, 1993) dans l'analyse des relations présentées comme purement économiques, techniques, ou même sociales (pouvoir, culture, méfiance,...).

CONCLUSION

Nous avons abordé les réformes hospitalières au travers de l'expérience à la fois riche et relativement avancée d'un établissement témoin. Nous avons cherché à relativiser les situations et les changements observables dans le secteur de la santé (établissement français et étrangers) et par rapport à d'autres secteurs d'activité (industrie, service, le statut public/privé demeurant un facteur distinctif).

³⁹ Par un cheminement comparable, le transport d'un « usager » ou d'un « passager » change progressivement vers celui de « client » et d'« être humain » lui aussi acteur du processus avec les autres acteurs de l'entreprise (Objet/sujet transporté)

Nous avons montré que les contingences organisationnelles pouvaient expliquer les similitudes des transformations vécues dans des espaces différents mais aussi dans des périodes différentes notamment de l'histoire industrielle. Il nous a paru pertinent de retenir l'idée que l'activité hospitalière et plus généralement des services (prestations) à la personne devaient considérer la personne (le patient) simultanément comme un objet (produit) et comme un sujet (client/ consommateur). Par conséquent, la nature duale du rapport entre le système et son environnement devait avoir des contingences organisationnelles différentes. En corollaire, si des biens de consommations pouvaient raconter leur vécu industriel aucune organisation n'y serait indifférente⁴⁰.

Cette manière d'aborder la question des réformes du secteur de la santé permet d'entrevoir les futurs possibles des organisations hospitalières face à une compétition instrumentée en tenant compte de la nature de leur activité telle que nous l'avons définie (dualité du patient sujet/objet). Plus largement, la dualité conceptuelle sujet/objet est susceptible de compléter les théories des contingences des organisations et d'ouvrir aussi les réflexions dans le domaine du marketing suivant que ces deux concepts fusionnent ou au contraire se distinguent.

⁴⁰ L'impact de la traçabilité (forme de carnet de voyage) sur les entreprises et le marché en est un exemple.

BIBLIOGRAPHIE

- Amblard H. & Al., 1996, *Les nouvelles approches sociologiques de l'organisation*, éd. Seuil, Paris,
- Bartoli & Al., 1992, *Synthèse de l'étude sur les projets d'établissement*, Paris, Dir. Hôpitaux, mars,
- Belk R. W., 1978, "Assessing the Effects of Visible Consumption on Impression Formation", *Advances in Consumer Research*, 5,
- Belk R. W., 1988, "Possessions and the Extended Self", *Journal of Consumer Research*, 15
- Bell D. & Al., 1988, *Decision making: descriptive, normative, and prescriptive interactions*. Cambridge university press, Cambridge,
- Berry M., 1983, « Une technologie invisible - L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains », *Cahier du CRG*, Ecole Polytechnique,
- Boiteux A., « L'évaluation appliquée à la santé. Le management à l'hôpital : du projet d'établissement au programme d'assurance qualité », *Décision santé*, fév.,
- Broun G., 1991, « Projet médical : réflexions sur la stratégie d'établissement », *Gestions hospitalières*, n°309, oct.,
- Bouffechoux T., 1997, *La santé en France, le malade, le médecin et l'état*, Paris, Le monde éd.,
- Burns T., & Stalker G., 1994, *The management of innovation*, Oxford University Press,
- Claveranne J.-P., 1994, « Guide d'évaluation du projet médical », ANDEM/GRAFIC, URA CNRS 1257,
- Coriat B. & Weinstein, 1995, *Les nouvelles théories de l'entreprise*, Librairie Générale Fr.
- Chandler A., 1972, *Stratégies et structures de l'entreprise*, éd. d'Organisation, Paris,
- CNRS, 1998, « Programme Risques Collectifs et Situations de Crise, Grenoble », mai, Actes (6 séances) du séminaire spécialisé "Retours d'expérience, apprentissages et vigilances organisationnelles. Approches croisées",
- Crosby P.B., 1986, *La qualité, c'est gratuit*, Économica,
- Crozier M. & Friedberg E., 1977, *L'acteur et le système*, Seuil,
- Deming WE, 1988, *La qualité : la révolution du management*. Paris, Economica Tr. de l'américain,
- DRASS Rhone-Alpes, 1996, « PMSI, Mesure de l'activité hospitalière (MAHOS) », Lyon, Nov.,
- Fayol H., 1918, *Administration Industrielle et Générale*, Dunod.
- Friedberg E., 1993, *Le pouvoir et la règle – Dynamique de l'action organisée*, Le Seuil, Paris,
- Foglierini I., 1991, *Organisation et gestion des entreprises*, éd. AENGDE/CLET, Paris,
- Fontarenski S., 1990, « Un projet d'entreprise à l'hôpital public : devenir l'hôpital le plus accueillant de France », *Journal d'Economie Médicale*, , vol.10, n°5-6,
- Giacomoni G., (1998), « Schéma Directeur des Procédure et de l'Information », (rapport), Mutualité Fonction Publique, Direction Générale,
- Guilhot J., 1995, « Logique et dynamique des acteurs du système de santé », (doc. trav.), GRAPHOS
- Halgand N., 1994, *Pour une ingénierie contingente du contrôle de gestion à l'hôpital*, (thèse), Montpellier,
- Hatchuel A., 1988, « Taylorism in the age of variety : production management in the 1980's », contribution au colloque « gestion des entreprises dans une perspective historique », Paris,
- Herzberg F. & Voraz C., 1978, adapt. *Le travail et la nature de l'homme*, Entreprise moderne d'édition, Paris,
- Honoré B., 1990, *L'hôpital et son projet d'entreprise, vers l'œuvre de santé*, Toulouse, Privat,
- Imbert J., 1982, *Histoire de l'hôpital*, Toulouse, Privat,
- Ishikawa K., 1984, *La Gestion de la qualité / Dr*, Dunod, 1 vol. (XIV)
- Jacobzone S., 1995, « Les apports de l'économie industrielle pour définir la stratégie économique de gestion du secteur hospitalier public », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 13, n°1,
- Juran J., 1951, *Quality Control Handbook*, MacGraw-Hill Company,
- Launois R., 1996, « Ethique économique et rationalité médicale », Conférence GRESAC, GDR CNRS 5047, Centre Anti-cancéreux Léon Bérard, Lyon, 03 déc.,
- Lawrence P. & Lorch J., 1973, *Adapter les structures de l'entreprise*, Ed. d'Organisation, (tr. 1994)
- Lemoigne J.-L., 1973, *Les systèmes d'information dans les organisations*, PUF.
- Lemoigne J.-L., 1974, *Les systèmes de décision dans les organisations*, 1974, PUF.
- Lemoigne J.-L., 1990, *La modélisation des systèmes complexes*, 1990, Éd. Dunod. (Rééd. 1995),
- Léonard J.-L., 1992, « Gérer la complexité à l'hôpital », *Gestions Hospitalières*, n°321, déc.,
- Loth A., 1995, « Economie industrielle et hôpital public », *Sciences sociales et santé*,

- MacGrégor D., 1960, *The Human Side of Enterprise*, NY : McGraw-Hill,
- March J. & Cyert R., 1963, *Le comportement organisationnel*, éd. Dunod, Paris,
- March J.G., & Simon A.H., 1979, *Les organisations*, Dunod,
- Maslow A., 1954, *Motivation and Personality*, (rééd. 1970).
- Matillon Y. & Durieux P. (dir), 1994, *L'évaluation médicale : du concept à la pratique*, Flammarion, Paris,
- Mayo E., 1945, *The Social Problems of an Industrial Civilization*. Cambridge, Mass., Harvard U.P.
- Merlière Y., 1995, « Un outil de redéploiement des bases budgétaires des hôpitaux », *Gestions Hospitalières*, oct.,
- Mintzberg H., 1979, *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research* – trad. fr., *Structure et dynamique des organisations* (Éditions d'Organisation)
- Moisdon J.C., 1997, *Du mode d'existence des outils de gestion*, Paris, Editions Seli-Arslan
- Moisdon J.C., 1997, « Le contrats dans le nouveau système hospitalier : naissance d'une instrumentation », *Droit social*,
- Mulsant T., 1991, *Le projet d'entreprise à l'hôpital, mode d'emploi*, Paris, Berger, Levrault,
- Ogien A., 1995, *L'esprit gestionnaire*, Paris, Ed. de l'EHESS,
- Polton D., 1994, « Le PMSI où en est-on ? » in SOUBIE R. & al., *Le livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*, Paris, la documentation française,
- Pouvourville (de) G., 1996, « Hôpitaux la double contrainte », *Revue Française de Gestion*, n°109, 06/07/08,
- Raiffa H., 1968, *Decision Analysis -- Introductory Lectures on Choices under Uncertainty*. Addison-Wesley, Reading, MA,
- Reix R., 1995, *Systèmes d'information et management des organisations*, Vuibert, Paris,
- Sainsaulieu R., 1987, *Sociologie de l'entreprise et de l'organisation*, éd. FNSP/Dalloz, Paris,
- Sardas J.-C., 1993, *Dynamiques de l'acteur et de l'organisation : le risque bancaire*, (thèse), ENSMP,
- Sardas J.-C., 1994, « Comprendre et gérer les mutations organisationnelles : cohérences fonctionnelles et dynamiques d'acteurs », *Performances Humaines et Techniques*,
- Shewhart W.A., 1986, *Statistical Method from the Viewpoint of Quality Control. The Graduate School the Department of Agriculture*, Washington, DC, Reprint, with introduction by W.E. Deming. Dover Publications, New York, 1939,
- Scheid J.-C., 1990, *Les grands auteurs en organisation*, éd. Dunod, Paris,
- Simon, H.A., 1955, *A behaviorial model of rational choice*, in *Quarterly Journal of Economics*, vol.69,
- Simon H.A., 1969, *The science of the artificial*, MIT Press, trad., *La science des systèmes, science de l'artificiel*, 1974, EPI éditeurs, Paris,
- Simon H.A., 1976, *Administration et processus de décision*, Paris, Economica, (rééd.1983),
- Simon H.A., 1977, *Le nouveau management-la décision par les ordinateurs*, (rééd.1980),
- Taylor F.W., 1911, *Principes d'organisation scientifique des usines*, Ed. Originale Fr., Tr. Royer J.
- Thill E., 1997, *La motivation, une construction progressive*, Sciences humaines, 12,
- Tome J.-F., 1987, *Le projet d'entreprise à l'hôpital*, (mémoire), Rennes, ENSP,
- Tonneau D., 1994, *Les outils de gestion et l'hôpital* (thèse), Ecole des Mines de Paris
- Vallin Feigenbaum A., 1951, *Total Quality Control*, MacGraw-Hill
- Vaysse M., 1997, *Traité de gestion hospitalière*, Direction Financière et du Contrôle de Gestion, Mutualité Fonction Publique,
- Veney J.E. & Kaluzny A.D., 1991, *Evaluation and Decision Making for Health Services*, Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press,
- Vinot D., 1998, « De la valeur médicale à la valeur organisationnelle : l'hôpital français face à une nouvelle régulation », Acte des journées des IAE de Nantes, Presses Académiques de l'Ouest,
- Weber M., 1995, *Économie et société* (posthume 1921), trad. tome 1, Plon, 1971 ; éd. de poche, Pocket,
- Williamson O.E., 1985, *The Economic Institutions of Capitalism*, Free Press, trad. française : *Les institutions de l'économie*, Inter-éditions, 1994,
- Woodward J., 1965, *Industrialisation organisation : practice and theory*, Ed. Oxford University Press,