

Management de la valeur et pouvoirs dans l'hôpital

Thierry NOBRE

Université Louis Pasteur Strasbourg

Correspondance :

38, Boulevard d'Anvers
67 000 Strasbourg
Tél : 03.88.41.52.29
Email : nobre@cournot.u-strasbg.fr

Résumé : Le système de santé connaît actuellement de fortes évolutions. Il s'agit d'analyser le processus de production de valeur d'une de ses composantes, l'hôpital public moyen. Mené à partir d'une démarche de recherche-intervention, ce travail conduit à s'intéresser au système de pouvoir pour étudier l'incidence des évolutions du mécanisme de production de valeur, pour les usagers et les organismes de tutelle, sur les rapports de pouvoir. Cela conduit à envisager plus particulièrement les mutations profondes qui touchent le corps médical.

Mots-clés : hôpital – valeur – pouvoir.

Abstract : Today, the health system faces numerous changes. This paper is designed to analyze the value production process of one of its elements, namely the middle-sized public hospital. Applying clinical methodology, this study points out the importance of power relations in the investigation of value production process. Finally, the author considers the consequences for the medical profession.

Key words : hospital – value – power.

Le développement de la consommation de soins constitue un problème déterminant pour l'équilibre des politiques économiques. Dans cette évolution, l'hôpital public occupe une place prépondérante, aussi bien par le poids financier qu'il représente que par la fonction particulière qu'il remplit au sein du système de santé. Toutefois, le terme d'hôpital public recouvre des situations fort différentes. Aussi, nous sommes-nous intéressé à une catégorie relevant de l'hôpital public, l'hôpital moyen, pour étudier les conséquences du contexte actuel sur le fonctionnement de ce type d'organisation et, plus particulièrement, sur son mécanisme de production de valeur. L'hôpital public moyen se définit par un critère quantitatif, capacité d'accueil située entre 500 et 1 000 lits, et par un critère qualitatif concernant les missions assumées qui excluent les activités universitaires. Notre ambition est d'étudier les conditions de production de la valeur de ce type d'établissement et d'approfondir la relation entre ce processus de création et la dimension politique du fonctionnement de l'institution. Le développement de notre analyse s'appuie sur une collaboration d'intervention-recherche menée avec un centre hospitalier de l'Est de la France.

Dans un premier temps, nous présenterons les éléments constitutifs de notre problématique ; nous exposerons des approches étudiant le pouvoir à l'hôpital et nous préciserons le cadre de l'analyse de la production de valeur retenu. Une deuxième étape consistera à montrer l'évolution de la production de valeur en utilisant notre cas expérimental. Un troisième développement soulignera les conséquences de ces changements sur le pouvoir au sein de l'HPM.

1. Éléments constitutifs de la problématique

L'ambiguïté du concept de pouvoir nous incite à présenter quelques approches analysant le contexte politique de l'hôpital pour mieux situer le cadre de notre analyse. La particularité de l'activité médicale dans le

cadre du domaine public nous impose également de choisir un mode opérationnel d'évaluation pour analyser les modalités de l'évolution de la production de valeur.

1.1. Le pouvoir et l'hôpital

Pour M. Crozier et E. Friedberg [1977] le pouvoir est une relation entre des acteurs. Malgré la spécificité du management de l'hôpital [C. Cauvin 1997], il est possible de situer ce type d'organisation par rapport aux autres, pour décrire les rapports de pouvoir. Pour cela, nous présenterons l'approche de H. Mintzberg [1986] qui permet d'avoir une première lecture de la configuration politique de l'hôpital. Nous nous intéresserons ensuite à l'approche centrée sur les champs d'influence, [A. P. Contandriopoulos, Y. Souteyrand 1996] qui offre l'avantage d'être plus exhaustive pour décrire les forces en présence et nous permettra de présenter les groupes essentiels au fonctionnement de l'hôpital.

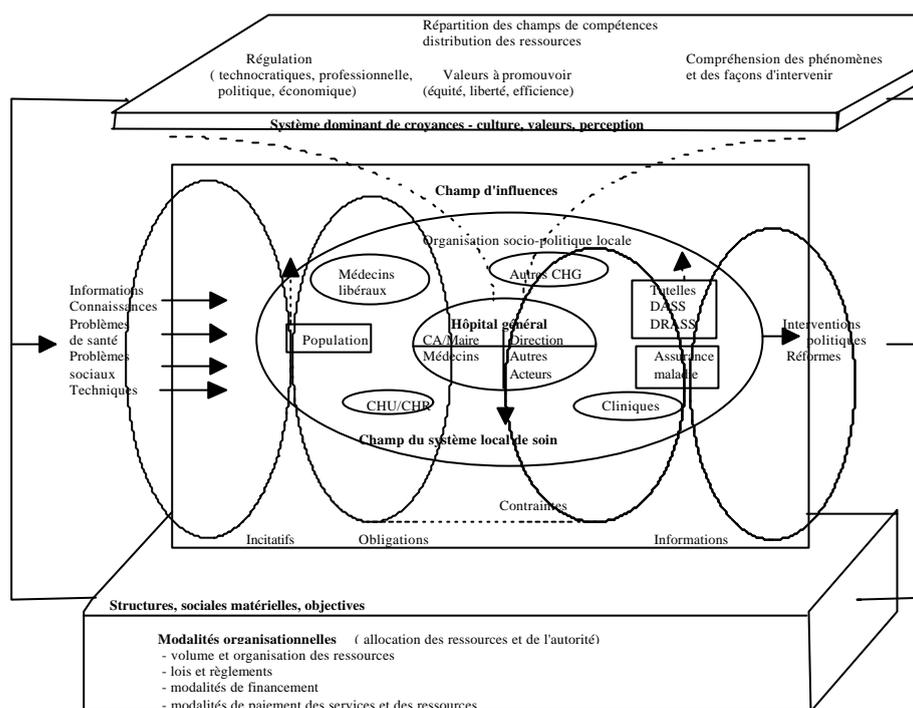
1.1.1. L'hôpital moyen : une bureaucratie professionnelle ...

Parmi les travaux précédant ceux de H. Mintzberg, certains ont déjà représenté l'hôpital comme une organisation comprenant deux acteurs principaux, le corps médical et la direction de l'établissement, [E. Freidson 1984, J. E. Harris 1977, P. Huard 1977, D. W. Young, R. B. Saltman 1985], chaque acteur disposant de zones de responsabilités. Avec le modèle de la bureaucratie professionnelle, H. Mintzberg nous montre que les caractéristiques de l'hôpital concernant le mécanisme de coordination principal (la standardisation des qualifications), la partie-clé de l'organisation (le centre opérationnel), la complexité des tâches, et le processus de formation et de socialisation, permettent au corps médical de s'attribuer une place prépondérante dans le système de pouvoir au détriment de la direction. Certains auteurs considèrent que l'hôpital dans ce contexte est en fait « l'atelier du médecin »

[M. V. Pauly, M. Redisch 1973, M. V. Pauly 1980], voire que les objectifs de l'institution hospitalière pâtissent des stratégies individuelles [R. G. Evans 1984]. Le pouvoir du corps médical s'exerce aussi bien dans le domaine stratégique – le choix des options marquant l'évolution à long terme de l'institution hospitalière –, que dans le domaine opérationnel – le choix des modalités de fonctionnement courant. Cette situation paraît être celle de l'hôpital tel qu'il a existé jusqu'à récemment.

1.1.2. ...dans un système local de soin

Le renforcement de la contrainte budgétaire a imposé un élargissement du champ des influences auxquelles l'organisation est soumise. Pour traduire cet aspect, différentes notions sont mobilisées : les réseaux interorganisationnels [J. K. Benson 1975], l'acteur [M. Crozier, E. Friedberg 1977], le champ [P. Bourdieu 1992], afin de proposer un modèle représentant les différents acteurs en interaction avec l'hôpital moyen (voir figure 1). Les liens qui unissent ces différents acteurs présentent une grande complexité, puisqu'ils peuvent recouvrir des modalités stratégiques diverses : stratégies de coopération, d'opportunisme, d'autorité ou d'affrontement concurrentiel.

Figure 1 - L'hôpital moyen dans le système local de soins

Source: A. P. Contandriopoulos, Y. Souteyrand [1997, p. 94]

On assiste ainsi à l'accroissement du pouvoir de certains partenaires externes (maires qui sont les présidents du conseil d'administration, tutelles, organismes d'assurance maladie, autres hôpitaux du service public, médecins libéraux, cliniques privées etc.) qui peuvent intervenir directement ou indirectement pour modifier l'équilibre des rapports de pouvoir traditionnels.

1.2. Analyse de la production de valeur à l'hôpital

L'étude de la production de valeur de l'hôpital soulève un problème de définition. Compte tenu des différents acteurs concernés : patients,

tutelles, caisses d'assurance maladie, mutuelles, différentes approches peuvent être retenues. Aussi, nous préciserons dans un premier temps les différents cadres d'analyse possibles. Ensuite, afin d'instrumenter l'analyse, nous envisagerons les aspects à prendre en compte dans les mesures à affectuer.

1.2.1. Cadre de l'analyse de la valeur pour l'hôpital

Trois catégories de précisions sont nécessaires pour se livrer à l'analyse de la production de valeur à l'hôpital. L'hôpital est inséré dans un système complexe, le système de santé, qui énonce les fonctions accomplies par chaque acteur. L'activité de l'hôpital doit tenir compte de la dimension temporelle pour évaluer les incidences futures des actes réalisés. Enfin, l'activité médicale hospitalière comprend différentes composantes qu'il convient de définir.

- Analyse fonctionnelle

Le système de santé comprend une multitude d'acteurs qui peuvent avoir des stratégies de concurrence et/ou de coopération pour accomplir un ensemble de fonctions qui peuvent être fortement différenciées. Dans ce contexte, l'hôpital public s'est vu attribuer des missions et des obligations qui contraignent fortement son action et qui conditionnent par là même sa production de valeur. En particulier, le respect de la règle de l'égalité de tous devant l'accès aux soins est lourde de conséquences pour l'organisation interne et pour les orientations stratégiques. De même, le développement d'activités sociales se situant à la marge des prestations hospitalières traditionnelles doit être pris en compte dans la réflexion. Par exemple, l'accueil de personnes âgées ne relevant pas d'un véritable suivi hospitalier s'impose dans certains cas *de facto*. Il existe ainsi des externalités de la fonction sociale qui s'exercent au détriment de la fonction hospitalière, car certaines catégories de personnes sont accueillies à l'hôpital parce qu'il n'existe pas de capacités suffisantes dans les structures spécifiques dont elles relèvent.

- Analyse temporelle

L'analyse de la production de valeur pose aussi un problème de définition de l'horizon temporel de référence. Il s'agit de l'arbitrage entre curatif et préventif. Les actes curatifs concernent des pathologies existantes et ont une valorisation certaine, alors que les actes préventifs concernent des pathologies futures. Ces derniers relèvent ainsi d'une valorisation incertaine dans la mesure où le coût de l'acte certain (la visite préventive) est compensé par le gain incertain de pathologies évitées ou, du moins, détectées suffisamment tôt pour favoriser des traitements moins lourds.

- Analyse de l'activité médicale

La troisième précision à apporter concerne la définition des catégories composant l'activité médicale.

– La première comprend les activités de diagnostic, de prescription et de production d'actes médicaux. Il s'agit de l'activité principale et traditionnelle de l'hôpital perçue dans sa dimension curative. Dans ce cas, pour les médecins et chirurgiens, il est fait référence à l'homme de l'art. Les habitudes culturelles de la profession médicale sont telles que cette composante s'avère difficile à évaluer. En revanche, elle constitue la principale préoccupation du corps médical. L'introduction laborieuse du PMSI¹ [J. Dubois-Lefrère, E. Coca 1992] constitue une illustration de la difficulté à pénétrer l'activité purement médicale.

– La relation au patient constitue la deuxième composante. Au delà de l'aspect technique de l'activité purement curative, il existe une notion de prise en charge globale ou d'accueil global qui s'impose progressivement au sein de la profession hospitalière. Les aspects psychologiques et comportementaux prennent progressivement une place non négligeable dans la fonction thérapeutique. Cette composante sur notre terrain

¹ Programme de médicalisation du système d'information : il permet d'évaluer l'activité de l'hôpital à partir d'une cotation en points ISA (indice synthétique d'activité) des différents actes.

d'expérimentation a déjà connu une application concrète de quantification, à partir d'une enquête qualité menée auprès des patients de l'hôpital. Pourtant, il faut reconnaître que le corps médical reste peu sensible à cet aspect de la valeur produite par l'hôpital, alors que le personnel soignant² s'investit très fortement dans cette voie.

– Enfin, il nous semble important d'insister sur la composante organisationnelle pour analyser la production de valeur à l'hôpital, car les études que nous avons établies nous en montrent l'importance. Jusqu'à présent, celles-ci étaient relativement peu prises en compte dans les préoccupations de l'activité hospitalière. Elles étaient totalement masquées par la prédominance des compétences médicales.

Nos observations empiriques nous incitent à positionner ces trois composantes par rapport à différents critères dans l'optique d'une évaluation de leur contribution à la production de valeur à l'hôpital (voir tableau 1). Le premier critère (❶) nous permet de présenter le poids que représente chaque composante de l'activité hospitalière dans les préoccupations du corps médical. Il permet de constater que les médecins se considèrent presque exclusivement comme des producteurs de soins. Les deux autres critères nous permettent d'évaluer la faisabilité de l'évaluation, en dissociant difficulté technique et difficulté culturelle. La difficulté technique (❷) se réfère à des problèmes d'obtention de l'information, de mesure, de fiabilité des informations, de traitement des informations. La difficulté culturelle (❸) est liée aux habitudes culturelles et aux valeurs partagées dans le monde médical pour rendre une évaluation possible ou, au contraire, totalement impossible, car décalée par rapport aux normes de fonctionnement en vigueur.

² Le corps médical comprend les médecins et les chirurgiens et le personnel soignant, les infirmières et les cadres infirmiers.

Tableau 1 – *Composantes de la production de valeur à l'hôpital*

Composantes de l'activité hospitalière	❶ Place dans les préoccupations du corps médical	❷ Difficulté technique de l'évaluation	❸ Difficulté culturelle de l'évaluation
Diagnostic et prescription	forte	forte	forte
Relation avec le patient	moyenne	moyenne	faible
Composante organisationnelle	faible	faible	faible

Le fait de nous centrer sur l'hôpital moyen permet de lever partiellement l'ambiguïté relative à l'analyse fonctionnelle et temporelle puisque cette organisation est considérée principalement comme une unité de production de soins. Cela permet de mieux analyser l'activité médicale curative. Mais cette définition de la production de valeur s'avère naturellement réductrice. Elle n'est pas neutre dans la mesure où elle sous-estime certaines fonctions de l'hôpital, notamment le rôle social de ce type d'établissement (cf. l'accueil de personnes âgées). Elle devra donc être relativisée dans le cadre d'une réflexion plus générale sur le rôle de l'hôpital public moyen.

1.2.2. *Opérationnalisation de l'analyse de la production de valeur à l'hôpital*

Après avoir déterminé l'objet d'étude, il nous faut présenter maintenant les instruments de mesures utilisés. Nous partons de la valeur au sens de Porter [1986, p. 13]. *La valeur est ce que les clients sont prêts à payer, une valeur supérieure s'obtient en pratiquant un prix inférieur à ceux des concurrents pour des avantages équivalents ou en fournissant des avantages uniques qui font plus que compenser un prix plus élevé.*

Pour transposer cette définition au domaine de la santé dans le cadre du secteur public, deux éléments doivent être pris en compte. D'une

part, un hôpital est garant de l'état de santé global de la population qui ressort de sa zone géographique. D'autre part, le patient n'est pas le payeur final et les organismes de tutelle cherchent à obtenir un ensemble de prestations pour un coût minimum. Aussi, il est possible d'affirmer que l'accroissement de la valeur produite par l'hôpital est soit une augmentation de satisfaction des patients à coût constant, soit une réduction des coûts pour une même satisfaction des patients.

Cette conception s'avère cohérente avec les deux évolutions concomitantes actuelles de la gestion hospitalière, initialisées par les lois de 1991 et renforcées par les ordonnances de 1996 :

– le nouveau mode de financement de l'hôpital par une enveloppe globale remplace le financement par le prix de journée. Le barème en points ISA³ incite l'hôpital à utiliser plus intensivement ses moyens (réduire ses coûts pour une même activité ou développer son activité et, ainsi, mieux satisfaire les patients pour une enveloppe constante) ;

– parallèlement à cette évolution quantitative, l'hôpital doit s'engager dans une démarche d'amélioration qualitative. Ses prestations doivent respecter des normes de bonne pratique et de qualité. Certaines contraintes concernant, par exemple, le droit des patients doivent être effectivement appliquées et non plus être de simples vœux pieux. La procédure d'accréditation devient un élément incitatif déterminant.

La valeur découlant de cette évolution réglementaire intègre ainsi une mesure de la quantité et de la qualité produites.

Il est alors possible de croiser les deux grands axes de création de valeur et les trois composantes de l'activité médicale présentés ci-dessus pour constater qu'il existe *a priori* des combinaisons plus adaptées (cf. tableau 2) pour accroître la valeur produite au sein de l'hôpital. En effet, l'augmentation de la satisfaction du patient peut découler d'une modification des pratiques relevant des trois composantes, alors que la

³ ISA : indice synthétique d'activité.

réduction des coûts provient principalement d'une évolution des capacités organisationnelles.

Tableau 2 – *Analyse des composantes de la production de valeur à l'hôpital*

Création de valeur Composantes de l'activité hospitalière	Augmentation de la satisfaction du patient et respect des normes	Réduction des coûts pour une même satisfaction et pour un même degré de respect des normes
Diagnostic et prescription	X	
Relation avec le patient	X	
Capacités organisationnelles	X	X

2. L'évolution de la production de valeur dans l'hôpital

Pour analyser l'évolution de la production de valeur, nous présentons d'abord les résultats de notre démarche empirique et nous élargirons ensuite l'analyse, en présentant les logiques évolutives auxquelles est confrontée actuellement l'activité médicale hospitalière.

2.1. Méthodologie

Notre démarche de recherche s'inscrit dans le cadre d'une méthodologie de recherche-intervention consistant à effectuer un travail d'évaluation de l'accueil des patients. Il s'agit de procéder à un diagnostic en évaluant les dysfonctionnements recensés. À terme, il s'agit de favoriser le changement organisationnel pour accroître l'efficacité de l'accueil en utilisant des outils de gestion instrumentant et favorisant l'évolution souhaitée. Cette tâche a entraîné un travail de collecte de l'information par

entretiens individuels d'une heure trente auprès d'une soixantaine de membres de l'hôpital appartenant à toutes les catégories professionnelles et de quelques partenaires extérieurs (cf. Annexe 1). La phase relative au changement organisationnel implique la participation du chercheur à certaines instances de la vie de l'hôpital comme la Commission médicale d'établissement (CME) et l'animation de séances de travail regroupant les différents acteurs de l'hôpital. La première phase de diagnostic s'est déroulée sur une période de deux mois, la seconde phase est planifiée sur une période d'une année.

Ne pouvant analyser la totalité de la production de valeur, nous nous sommes intéressé à la production de non-valeur en ayant comme référence les trois composantes présentées dans le tableau 2. Ce choix découle des contraintes de notre intervention et de la problématique de l'augmentation de la production de valeur présentée ci-dessus. En effet, en localisant la production de non-valeur, nous évaluons la marge de manoeuvre dont dispose l'hôpital pour accroître sa production de valeur ; nous indiquons comment l'hôpital peut réduire ses coûts pour une même activité ou comment il peut, à partir d'une même enveloppe globale, développer son activité ou accroître la qualité des activités exercées en son sein. Pour calculer cette non-valeur, nous avons utilisé la méthode de quantification des dysfonctionnements développée dans l'approche socio-économique [H. Savall, V. Zardet 1992]. Il s'agit, à partir des entretiens, de recenser les dysfonctionnements perçus par les différentes catégories de personnel et d'évaluer le coût des régulations mises en oeuvre pour y faire face. Par exemple, le manque d'information dans les services d'hospitalisation concernant la prise en charge post-opératoire pour les patients qui viennent d'être opérés entraîne une perte de temps (tentatives pour joindre le chirurgien, déplacements, coups de téléphone, etc.) représentant 303 heures par an, soit 70 kF⁴.

⁴ Pour une présentation de la méthode d'évaluation des dysfonctionnements voir H. Savall et V. Zardet [1992].

Ce montant fait partie du premier dysfonctionnement intitulé « Manque d'informations médicales » présenté dans le tableau 3. Les résultats ont été validés par une présentation à la CME, puis à l'ensemble du personnel. L'évaluation est faite en heures (de temps perdu) et en francs. La non-proportionnalité entre les heures et les montants (exemple : le dysfonctionnement 14 du tableau 3) est due au fait que la non-valeur correspond non seulement à du temps de personnel perdu mais aussi à d'autres éléments comme des durées de séjours rallongées inutilement.

Tableau 3 - Évaluation de la production de non-valeur

		Heures	Francs
Dysfonctionnement 1	Manque d'informations médicales	859	188 069
Dysfonctionnement 2	Interruptions et retards des consultations	736	119 426
Dysfonctionnement 3	Interruptions et retards au bloc	3 818	702 148
Dysfonctionnement 4	Programmation du bloc	686	153 007
Dysfonctionnement 5		165	48 333
Dysfonctionnement 6	Relations entre les services	759	224 531
Dysfonctionnement 7	Matériel	413	60 460
Dysfonctionnement 8	Agencement des locaux	1 253	177 244
Dysfonctionnement 9	Urgences	633	129 416
Dysfonctionnement 10	Gestion des dossiers	281	43 661
Dysfonctionnement 11	Standard	154	23 411
Dysfonctionnement 12	Procédures administratives	2 845	674 975
Dysfonctionnement 13	Non-programmation des visites dans les services	624	100 498
Dysfonctionnement 14	Absence de réactualisation des protocoles de laboratoire	18	392 252
Dysfonctionnement 15	Non programmation des sorties	363	41 134
Dysfonctionnement 16	Communication avec le patient	236	35 604
	Sous-total		3 114 169
Dysfonctionnement 17	Absence de lits de convalescence	37	1 154 154
	Total	13 280	4 268 323

Le premier constat concerne le volume de la non-valeur. Il représente, suivant que l'on tient compte ou non du dysfonctionnement 17, absence de lit de convalescence⁵, 1,55 % ou 2,15 % du budget total, ce

⁵ L'utilisation de lits spécialisés de chirurgie ou de soins intensifs pour des convalescences ou l'accueil de personnes âgées représente une perte impor-

qui est très important compte tenu des marges de manœuvre dont dispose l'hôpital par rapport à l'évolution de l'enveloppe globale.

Cette évaluation permet aussi de montrer le lien entre les différentes composantes de la production de valeur. Des difficultés organisationnelles entraînent une surconsommation de temps qui provoque :

- une moindre qualité d'accueil du patient (pendant que le personnel soignant régule des dysfonctionnements, il n'est pas auprès du patient pour dispenser les soins dans des conditions normales et réglementaires), phénomène également ressenti dans une enquête qualité effectuée auprès des patients ;
- la non-réalisation de tâches concourant au respect des normes, car ces tâches sont jugées non primordiales (tenue du dossier patient suivant les textes réglementaires, protocole de communication entre services) ;
- éventuellement, une réduction de l'activité purement médicale (les lits sont occupés plus longtemps à cause de temps d'attente inutile ; par exemple des papiers administratifs de sortie ne sont pas prêts ou des examens ont été réalisés trop tard pour permettre une sortie dans les délais normaux).

L'existence de cette importante production de non-valeur révèle, entre autres, quelques grandes caractéristiques du fonctionnement de l'hôpital moyen :

- le très fort pouvoir du corps médical, puisque certains dysfonctionnements perdurent depuis très longtemps, sans possibilité d'y faire face pour la direction ;
- la faible prise en compte de la dimension organisationnelle (cf. dysfonctionnements 1 à 6 et 12 à 14).

Les dysfonctionnements recensés sont non seulement la traduction d'une situation courante en milieu hospitalier, mais ils témoignent encore

tante pour l'hôpital dans la mesure où le coût de fonctionnement de ces lits est très différent.

des profondes mutations qui touchent le fonctionnement de cette activité.

2.2. Une logique interne : de profondes mutations de l'activité médicale

Les observations réalisées sur notre cas expérimental ne constituent pas une exception. Elles sont le reflet de l'évolution des conditions de l'exercice de l'activité qui se caractérise par une profonde mutation des pratiques médicales et par une exigence accrue de lisibilité du fonctionnement de l'hôpital.

2.2.1. Des mutations de la pratique médicale hospitalière⁶

La pratique médicale hospitalière est, à l'heure actuelle, marquée par deux évolutions fondamentales dont les effets se cumulent pour perturber le mode de fonctionnement traditionnel. La première concerne l'introduction massive de la technologie, la seconde, la réduction importante des durées de séjour.

L'introduction massive de la technologie s'est réalisée sous deux formes principales qui correspondent à deux étapes : une technologie centrale touchant principalement le bloc, la radiologie et le laboratoire, puis une technologie décentralisée dans la chambre du patient voire même à son domicile. Actuellement, il existe une coexistence de deux mouvements antagonistes qui sous-tendent la conception de « l'hôpital plateau technique » : d'une part, la persistance d'une centralisation importante d'équipements lourds (cf. imagerie médicale IRM, scanner) ; d'autre part, la délocalisation dans les services de matériels sophistiqués. Le séjour hospitalier devient une succession de multiples actes techniques entraînant des problèmes de séquençement, d'ordonnancement, de

⁶ Pour une analyse plus approfondie de ces mutations, voir P. Chandernagor, J. P. Dumond [1996].

synchronisation et de file d'attente. L'introduction massive de la technologie entraîne un double mouvement paradoxal de standardisation (due à la spécialisation) et de complexification des prises en charge (due à la multiplication des acteurs). On assiste ainsi à une évolution radicale du rapport entre les temps respectivement consacrés aux actes techniques et aux aspects relationnels.

Parallèlement à cette première évolution, l'hôpital connaît un raccourcissement des durées de séjour dont l'aboutissement est le développement de l'hôpital de jour et de l'ambulatoire. L'intensification des actes découlant de ce mouvement crée un contexte organisationnel totalement nouveau, fortement contraignant pour l'exercice de la pratique hospitalière.

Ces deux tendances représentent une évolution radicale et paradoxale de la chaîne de valeur de l'hôpital, puisque simultanément on assiste à l'allongement de la chaîne de valeur sur des délais en constante réduction. Il s'agit dès lors de développer une nouvelle ingénierie des soins pour faire face à une véritable « jachère organisationnelle » [P. Chandernagor et al. 1996]

2.2.2. ...ayant de fortes conséquences organisationnelles

Ces modifications de la pratique médicale hospitalière provoquent une transformation radicale du mode d'organisation des différentes activités exercées au sein de l'hôpital. Le passage du médecin hospitalier exerçant en toute autonomie son art au médecin faisant partie d'un processus complexe dans lequel interviennent différents acteurs, explique le rôle de plus en plus important de la gestion des interfaces. Dans le but d'illustrer l'importance de ces interfaces, nous présentons la valorisation des dysfonctionnements que nous avons effectuée pour trois d'entre elles : les interfaces qui relient les différentes activités médicales, celles qui assurent la relation entre les activités médicales et leur support administratif, et celles qui existent entre l'hôpital et son environnement.

- *Dans la sphère médicale*

L'observation de notre terrain expérimental nous a permis de recenser les dysfonctionnements 1 à 6 et 13 à 16 (cf. tableau 3) qui représentent 8 624 heures et 2 005 kF. L'essentiel de leur origine est une mauvaise coordination des différents acteurs médicaux. Par exemple :

- dysfonctionnement 4, programmation du bloc. Il s'agit, entre autres, de temps perdu ; le bloc n'a pas été averti de la modification du programme opératoire ; des patients de l'hospitalisation de jour sont programmés en premier, ce qui décale tout le programme car les services n'ont pas le temps de préparer les patients qui arrivent à 7 heures, etc. ;
- dysfonctionnement 6, relation entre les services. Il s'agit, notamment, du temps passé pour rechercher l'information concernant les patients qui changent de service, car les documents prévus sont sous ou mal utilisés, ou les moyens de communication sont inexistantes ou inadaptés.

Il s'avère ainsi que le coût d'une prise en charge dépend fortement de l'organisation du travail et, plus particulièrement, de la gestion des interfaces pour accroître :

- la finesse de l'évaluation de l'activité ;
- la qualité de coordination entre les différents intervenants ;
- la rigueur dans la planification des différents actes, de manière à optimiser l'utilisation des équipements et la réduction des temps sans intervention médico-soignante.

- *Dans les relations entre la sphère médicale et l'administration de l'hôpital*

L'analyse des dysfonctionnements 10 à 12 (cf. tableau 3) montre que l'interaction entre les activités administratives et médicales est très problématique. Dans notre cas, cette mauvaise coordination représente une perte de 3 280 heures pour mettre en place des actions correctives, soit 742 kF. Par exemple, dans le dysfonctionnement 12, procédures administratives, certaines procédures de pré-admissions ne sont pas réali-

sées, ce qui oblige le personnel du service des admissions à se déplacer dans d'autres unités.

On assiste à l'introduction d'une boucle de rétro-action dans la relation entre les activités médicales et les activités administratives. Jusqu'alors les activités administratives dépendaient unilatéralement de l'activité médicale pour leur fonctionnement. Le raccourcissement des délais d'hospitalisation et le développement de l'ambulatoire entraînent une prise en compte par l'activité médicale des contraintes administratives. Ainsi, l'hospitalisation de jour pour bien fonctionner, implique, lorsque le patient arrive à 7 heures, que toutes les démarches administratives (pré-admission) et médicales (divers examens et visite d'anesthésie) aient été effectuées et que celui-ci ne soit pas programmé dans les premiers du programme opératoire de manière à ce que sa préparation puisse respecter les procédures (pré-médication et mesures sanitaires). Cela implique que les heures des consultations médicales soient situées dans les créneaux d'ouverture des services administratifs et des autres spécialités médicales, notamment ceux de l'anesthésie et ceux qui précèdent aux examens préliminaires (laboratoires et radiologie). La relation entre activités médicales et activités administratives évolue d'une situation de totale dépendance des secondes par rapport aux premières à une situation de dépendance mutuelle où chaque type d'activité doit prendre en compte les contraintes des autres pour définir le cadre de son propre fonctionnement.

- *Dans les relations entre l'hôpital et son environnement*

Certaines relations avec l'environnement peuvent avoir des retombées lourdes de conséquences pour l'activité de l'hôpital. C'est notamment ce qui apparaît dans le dysfonctionnement 9 (cf. tableau 3) concernant les urgences. Les habitudes poussent à faire passer de nombreux patients dont l'admission est programmée, par les urgences, alors qu'ils sont envoyés par des spécialistes exerçant en ville après une première visite. Dans ce cas, les mêmes examens sont réalisés trois fois (en cabinet, aux urgences puis dans le service). Notre estimation (633

heures, 129 kF) et sous-estime la réalité du phénomène, car la nature très « médicale » de l'information ne nous a pas permis d'obtenir toutes les données nécessaires.

De même, la trop faible concertation entre les médecins hospitaliers et les médecins libéraux entraîne une mauvaise planification des entrées, provoquant une succession de périodes de suractivité et de sous-activité dans certains services.

L'évolution de l'environnement et les mutations technologiques sont à l'origine des changements profonds touchant le métier de médecin hospitalier et les pratiques hospitalières. On assiste au passage d'une pratique artisanale et d'une coexistence spatiale de diverses spécialités au sein d'une même entité à des pratiques impliquant des technologies complexes utilisées par des spécialités fortement interconnectées. Des relations transversales de coopération et de dépendance se développent qui viennent s'ajouter aux relations verticales traditionnelles. Ces relations d'interdépendance entraînent une transformation de la chaîne de valeur qui accroît le rôle des interfaces en modifiant les rapports de pouvoir traditionnels, ce qui permet à certains acteurs de voir leur position évoluer dans le système socio-politique de l'HPM.

Parallèlement à cette évolution des conditions internes de production de la valeur, l'hôpital public doit répondre vis à vis de l'extérieur à un besoin croissant de lisibilité de son activité.

2.3. Une logique externe : une forte volonté de visibilité

L'institution hospitalière a été soumise dernièrement à des événements qui sont venus troubler son équilibre de fonctionnement traditionnel où l'activité médicale était la seule préoccupation.

Dans une première étape, la mise en place du PMSI a entraîné un gros travail d'analyse des pratiques, des pathologies et des thérapeutiques pour produire une grille d'équivalences des différentes activités.

Ensuite, la mise en œuvre du financement par enveloppe globale a incité les centres hospitaliers à un travail d'introspection pour réaliser des arbitrages internes quasi-obligatoires avec ce mode de financement. Après une phase passive de collecte d'information (le PMSI), on est passé à une phase plus active consistant à faire des choix stratégiques. Enfin, la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation et la perspective des procédures d'accréditation constituent la dernière phase d'un processus qui oblige les hôpitaux à un véritable travail d'auto-évaluation pouvant entraîner des rapprochements avec d'autres centres hospitaliers, l'abandon de certaines spécialités ou, au contraire, l'approfondissement d'autres.

La régularité et la persistance de ces innovations créent un contexte nouveau qui commence à modifier le comportement des acteurs internes et, plus particulièrement, celui du corps médical. Le récent conflit ayant agité le monde hospitalier est là pour témoigner de la profondeur des interrogations qui émergent.

Dans notre cas expérimental, ce nouvel environnement est non seulement visible par la demande faite par l'hôpital pour analyser l'accueil du patient, mais surtout par l'insistance du corps médical, exprimée lors de la CME, pour favoriser la mise en place de solutions touchant l'activité médicale, ce qui aurait été totalement inenvisageable quelques années auparavant. La pression exercée de l'extérieur par le contexte économique modifie donc progressivement la représentation que les acteurs internes se font de la production de valeur. En particulier, le rôle central joué par la cotation en points ISA tend à réduire la notion de production de valeur de l'hôpital à la somme globale des points ISA. On assiste ainsi au même risque de réductionnisme que les entreprises connaissent en confondant coût de production et valeur, ce qui, dans ce dernier cas, est à l'origine du développement d'outils (analyse de la valeur, comptabilité par activités, *benchmarking*, *reengineering*) cherchant à se détacher de la vision traditionnelle de l'analyse des coûts (les *inputs*) pour s'intéresser à l'analyse de la valeur produite (les *outputs*).

3. Conséquences sur les rapports de pouvoir...

Ces évolutions des conditions de la production de valeur, aussi bien dans le mode d'appréhension, de perception et de mesure de l'activité que dans son mode d'exercice, ne peuvent pas être sans conséquences sur l'équilibre des rapports de pouvoir qui existait jusqu'à maintenant. Nous analyserons donc ici la dynamique mise en mouvement. Après avoir présenté les conséquences sur les rapports de l'hôpital avec la tutelle, nous en examinerons l'effet sur les relations entre les différents acteurs internes.

3.1. ...entre l'hôpital et la tutelle

Les relations de l'HPM avec sa tutelle sont marquées, avons-nous dit par plusieurs étapes : introduction du PMSI ; puis, introduction de l'enveloppe globale et réajustement des budgets après comparaison entre l'activité réelle et l'activité théorique en points ISA ; enfin, mise en place des agences régionales de l'hospitalisation et définition de procédures d'accréditation.

Cette succession d'innovations permet de suivre la transition et la progressivité dans l'évolution des rapports de pouvoir. À l'origine, les hôpitaux, et plus particulièrement le corps médical, possèdent une très grande liberté de manoeuvre, qui se traduit par exemple par du suréquipement et son corollaire de la sous-activité, ou de petites structures qui aspirent à se transformer en mini-CHU.

Le PMSI constitue le premier pas dans la transformation des rapports de pouvoir, puisqu'est mis en place un système d'information permettant de réduire l'asymétrie d'information en mesurant la valeur produite.

La deuxième étape (enveloppe globale et réajustement des budgets) représente un renforcement de cette tendance. Le contrôle *a posteriori* déclenche une action de régulation (réduction ou augmentation de

l'enveloppe budgétaire) qui, avec le temps, devient progressivement réelle.

Les procédures d'accréditation constituent l'aboutissement de la démarche de transformation des rapports de pouvoir, puisqu'il s'agit de la mise en place d'un contrôle *a priori*. On assiste ainsi à une évolution des plus classiques pour assurer le contrôle d'un système : mise en place d'un système d'information, action de régulation et action d'anticipation. Il est raisonnable de penser que cette évolution se traduit concrètement, sinon par un renversement des pouvoirs au profit de la tutelle et au détriment du corps médical, du moins par un déplacement vers la tutelle d'une partie du pouvoir décisionnel avec un partage plus important des zones d'influence.

3.2. ... au sein de l'hôpital

3.2.1. ... entre les médecins

Jusqu'à maintenant, le comportement du corps médical était ambigu dans son mode de fonctionnement. Il relevait d'un double mécanisme où coexistent deux attitudes :

- une forte tradition d'esprit de corps qui permet de faire face à la direction. Elle est justifiée par la séparation entre domaine médical et domaine non médical et entraîne une puissante passivité face aux problèmes existant dans l'hôpital, pour ne pas remettre en cause les collègues (ce qui s'apparente dans certains cas à la loi du silence) ;
- une gestion conflictuelle des autres dossiers (recrutement, investissements, orientations stratégiques), avec priorité aux stratégies individuelles par rapport aux objectifs de l'institution, ce qui provoque des comportements quasi-claniques.

Les trois évolutions recensées ci-dessus (lisibilité de la valeur, intégration de différentes activités et réduction des durées de séjour) viennent remettre en cause cet équilibre politique existant au sein du corps médical.

La lisibilité de l'activité permet de faire le lien entre l'activité réalisée et les ressources consommées à deux niveaux, dans l'hôpital et entre spécialités. Dans notre cas, à partir d'une part de la cotation en points ISA, d'autre part de notre valorisation des dysfonctionnements, il a été possible de déterminer qu'une activité représentant 11 % de l'activité globale représentait un tiers du montant des dysfonctionnements. Ce type d'information contrarie l'équilibre des rapports au sein du corps médical, puisqu'il objectivise les informations nécessaires à la prise de décision. Il constitue un grand risque pour l'esprit de corps, puisqu'il favorise la mise en lumière de phénomènes qui étaient volontairement ou tacitement ignorés.

La nécessité de collaborer dans le cadre de l'organisation des activités médicales rend plus difficile le comportement consistant à ne pas prendre position. En effet, actuellement, les médecins décident rarement seuls ; ils doivent prendre en compte différents éléments (contraintes d'utilisation des équipements, avis d'autres praticiens) et deviennent des intervenants parmi d'autres. La standardisation de l'activité et la complexification des prises en charge remettent en cause l'autonomie des médecins hospitaliers.

On assiste ainsi à une évolution complexe et paradoxale poussant les médecins à collaborer dans la pratique médicale, ce qui constitue une forte rupture par rapport aux habitudes culturelles, et à s'engager, prendre partie, s'auto-évaluer pour faire face à la contrainte budgétaire. Cette évolution est non seulement perceptible au sein du corps médical mais elle affecte aussi les relations entre les médecins et les autres acteurs de l'hôpital.

3.2.2. *Les médecins vis-à-vis des autres acteurs de l'hôpital*

Parmi les autres acteurs, nous envisagerons principalement la direction et les cadres infirmiers.

- La direction

Le contrôle plus rigoureux de la tutelle due à la contrainte budgétaire et la faille prévisible dans l'esprit de corps du monde médical laissent entrevoir un renforcement de la position de la direction dans le système de pouvoir de l'HPM. En effet, la direction a vocation à avoir un rôle de médiation dans les conflits internes entre médecins, dans la mesure où les menaces externes deviennent de plus en plus crédibles et, par conséquent, impliquent des prises de décisions mettant fin au statu quo observable au sein de la CME.

- Les cadres infirmiers

Différents éléments militent pour un renforcement du rôle des cadres infirmiers. Il s'agit tout d'abord de dispositions légales récentes qui définissent le statut et les missions de cette catégorie de personnel et qui ont pour objectif d'asseoir et de préciser le rôle primordial qu'ils jouent au sein de l'hôpital. Ensuite, il s'avère que les cadres infirmiers sont les seuls à avoir une vision de la prise en charge du patient sinon globale du moins sur plusieurs spécialités, car au cours de leurs carrières, ils sont confrontés à la réalité du fonctionnement de différents services. Ils disposent ainsi d'une vision intégrant les divers aspects de la vie hospitalière. De plus, leurs contacts réguliers et fréquents avec les patients leur permettent d'envisager les problèmes organisationnels avec une acuité très forte. Enfin, et surtout, de par leurs activités, ils sont amenés à remplir le rôle d'interface que nous avons évoqué ci-dessus. Le développement des missions transversales qui leur sont confiées prouve qu'ils sont des acteurs capables d'intervenir dans les différents secteurs de l'HPM.

Ainsi, les évolutions de l'environnement économique tendent à créer un rééquilibrage entre les médecins et la direction de l'hôpital qui se traduit par le passage d'une situation, au mieux de cohabitation polie ou au pire d'indifférence avec un faible pouvoir de la direction, à une stratégie de coopération forcée pour faire face à la tutelle. De même, la nature des relations entre médecins et personnel soignant sont marquées

par le développement du rôle des cadres infirmiers. Cela se traduit par le remplacement d'un lien hiérarchique fort et empreint de paternalisme, par une relation de coopération qui réduit les différences de statuts et remet en cause la sphère médicale.

Conclusion

L'analyse du fonctionnement de l'hôpital public moyen montre que le contexte économique et les changements concernant la pratique médicale affectent grandement le mécanisme de production de valeur. Ces mutations entraînent une évolution des rapports de pouvoir qui permet à certains acteurs de s'affirmer. Il s'agit en particulier de la direction et des cadres infirmiers. Les membres du corps médical sont les principaux acteurs dont la position est fortement remise en cause. Ils sont touchés par des transformations qui limitent leurs prérogatives et leur statut au sein de l'institution hospitalière. Ce début de transformation de l'organisation, qui correspond à ce que H. Mintzberg a appelé la bureaucratie professionnelle, constitue un véritable défi pour l'HPM, car il s'agit pour lui de trouver un nouvel équilibre des rapports de pouvoir de façon à pouvoir continuer à assurer sa mission. En particulier, il s'agira d'accroître la coordination et la coopération entre médecins, tout en intégrant d'autres catégories d'acteurs dans la prise de décision, dans un contexte où la perspective économique prend davantage de poids.

Bibliographie

- Benson J. K. [1975], « The Interorganizational Network as a Political Economy », *Administrative Science Quarterly*, Vol. 20, p. 229-249.
- Bourdieu P. [1992], *Réponse*, Paris, Éditions de Minuit.

- Cauvin C. [1997], « Établissement de santé : spécificité de gestion et particularité du management », *Encyclopédie de gestion*, Paris, Dunod, p. 1178-1205.
- Chandernagor P., Dumond J. P. [1996], « L'hôpital des années 1990 et ses médecins », in *L'hôpital stratège*, Éditions John Libbey, Paris, p. 203-215.
- Chandernagor P. et al. [1996], « Le statut des équipements hospitaliers : stratégies d'acteurs et ordre technique », in *L'hôpital stratège*, Paris, Éditions John Libbey, p. 257-267.
- Contandriopoulos A. P., Souteyrand Y. [1996], « La construction de l'offre locale de soins », in *L'hôpital stratège*, Paris, Éditions John Libbey, p. 83-111.
- Crozier M. Friedberg E. [1977], *L'acteur et le système*, Paris, Seuil.
- Dubois-Lefrère J., Coca E. [1992], *Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : le PMSI*, Paris, Berger-Levrault.
- Evans R.G. [1984], *Strained Mercy, The Economics of Canadian Health Care*, Toronto, Butterworth.
- Freidson E. [1984], *La profession médicale*, Paris, Payot.
- Harris J.E. [1977], « The Internal Organization of Hospitals : Some Economic Implications », *The Bell Journal of Economics*, Vol. 8, N° 2, p. 467-482.
- Mintzberg, H. [1986], *Le pouvoir dans les organisations*, Paris, Les Éditions d'Organisation.
- Huard P. [1977], « L'hôpital comme organisation formelle », *Techniques hospitalières*, N° 377, p. 47-54.
- Pauly M. V. [1980], *Doctors and Their Workshops : Economic Models of Physicians Behaviors*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Pauly M. V., Redisch M. [1973], « The Not for-Profit Hospital as a Physicians' Cooperative ». *American Economic Review*, N° 6, p. 87-100.
- M. Porter [1986], *L'avantage concurrentiel*, Paris, InterÉditions.

Savall H., Zardet V. [1992], *Le nouveau contrôle de gestion*, Paris, Éditions Comptables Malesherbes.

Young D. W., Saltman R. B.[1985], *The Hospital Power Equilibrium. Physician Behaviors and Cost Containment*, The John Hopkins Press University.

Annexe 1 : Entretiens réalisés

	Départements Services	Entretiens	Lits	CM	Enc	Sec	Soins	Agt	aut.
				(a)					
1	Chirurgie polyvalente	Chir A : chir gén. (visc., digestive) UF chir gén. (urologie) Chir B : chir gén. (orthop.,traumato.)	60 20 15 20	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1		
2	Médecine interne	UF méd int. (cancéro, pneumol.)A UF méd int. (cardio, soins intens.) UF méd int. (gastro, entéro)B	90 30 30 30	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1		
3	Anesthésie, réanimation Urgences, smur	UF anesthésie UF réanimation UF urgences-SMUR	14 8 6	1 - 1	- 1 1	- - 1	1 - 1		
4	Obstétrique, pédiatrie, néonatal	UF de maternité UF chir. gén. (gynéco, sénologie) UF de pédiatrie	37 21 5 12	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1		
5	Analyses biologiques	U.F. biochimie-immunologie U.F.ophtamologie U.F.ORL Hospitalisation de jour	8 4 17	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1		
S1	Rééducation fonctionnelle		26	1	1	-	1		
S2	Imagerie médicale			1	1	1	1		
S3	Pharmacie stérilisation			-	1	-	-		
S4	Bloc opératoire			1	-	-	1		
S5	consultations externes			-	1	1	1		
	Établ. personnes âgées	Service long séjour	30	1	1	-	-		
		Brancardage							1
	Admissions			1					1
	Services tech. et gén.								1
	Total			15	13	7	11	3	3
	Direction		2						
	Service soins infirmiers		2						
	Président CME		1						
	Médecins libéraux		2						
	Ent. complémentaires		2						
61	Total général		9	15	13	7	11	3	3

(a) La polyvalence des agents sur les différents services rend difficile la présentation des agents dans le tableau, le nombre d'entretiens est donc présenté globalement.

CM = Corps médical

Enc = Cadre infirmier

Soins = Personnel infirmier

Sec = Secrétaire

Agt = Agent

aut. = Autre personnel