gen 2010 7459
50374
1996
209

UNIVERSITE DES SCIENCES ET TECHNOLOGIES DE LILLE

INSTITUT D'ADMINISTRATION DES ENTREPRISES

LE MANAGEMENT STRATEGIQUE HOSPITALIER:

Contribution à la modélisation du cas de l'Hôpital Universitaire

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du Doctorat en Sciences de gestion par :

MICHEL BAELEN

UNIVERSITÉ DES SC. ET TECHN. BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE LILLE

JURY

Directeur de recherche	**Jean-Pierre DEBOURSE** Professeur, Université de Lille I
Rapporteurs	**Michel GERVAIS** Professeur, Université de Rennes I
	Marcel CAPET Professeur, Université de Paris I
Suffragants	**Jean HOFLACK** Maître de Conférences, Université de Lille I
	Jean-Pierre RAMAN Professeur, Université de Lille I

Lille, 4 mars 1996

REMERCIEMENTS

Toute ma reconnaissance et ma gratitude vont au Professeur Jean-Pierre DEBOURSE pour ses conseils et ses encouragements.
Son intervention m'a également permis d'obtenir la collaboration d'une équipe d'étudiants, sans laquelle la recherche n'aurait pas pu être menée à son terme.

Monsieur Jean-Louis PRINET a accepté que le projet de terrain de la 3ème année du 3ème cycle DECF - Audit et Contrôle de gestion de l'Ecole Supérieure de Commerce de Lille - soit consacré à cette recherche.

Je tiens à remercier, tout particulièrement, le Professeur J.J. HAXHE, Coordonnateur général et Directeur médical des Cliniques Universitaires Saint-Luc - Université Catholique de Louvain, qui a accepté que je finalise ma recherche, tout en assumant mes responsabilités de Coordonnateur Qualité et membre du Comité de Direction.

J'aimerais dire ma reconnaissance aux collègues des Cliniques Universitaires Saint-Luc et du Comité de Direction qui m'ont permis de me forger une attitude et une pratique de Santé publique, dont certains éléments apparaissent probablement dans ces pages.

Le résultat final de cette thèse doit beaucoup à Cécile VAN ACHTER et, en particulier, à sa capacité de travail, à son sens du travail bien fait et à son acharnement à terminer un travail qui a dû parfois paraître sans fin.

Je souhaite, enfin, dédier ce travail à ma famille, à mon épouse Martine et à ma fille Marie qui, par leur patience et leur soutien, m'ont efficacement aidé et accompagné.

TABLE DES MATIERES	Pages
Introduction	1
Chapitre I Contributions, problématique et méthodologie de la recherche	13
I.1. Les contributions	13
I.2. La problématique	14
I.3. La méthodologie	18
Chapitre II Cadre général et conceptuel	21
II. 1. Le cadre général	21
II. 2. Le cadre conceptuel	35
II. 2. 1. Le management stratégique	35
II. 2 2. Le système d'information stratégique	58
Chapitre III Etat de l'art	82
1°) Les éléments contextuels	82
III. 1. Les environnements et déterminants de états de santé dans le secteur en général	82
III. 2. Le contexte spécifique de l'environnement hospitalier universitaire	92
III. 2. 1. L'hôpital universitaire	92
III. 2. 2. Le service	111
III. 2. 3. Les acteurs professionnels	117
2°) Les éléments de mise en oeuvre du management stratégique dans un environnement complexe	124
III. 3. Le management stratégique dans un environnement complexe	124
III. 4. Les conditions de succès d'une stratégie de changements	137
III. 5. Les caractéristiques du leadership nécessaires au changement	140

3°) Les éléments managériaux	149
III. 6. Les objectifs stratégiques généraux	152
III. 7 Le diagnostic opérationnel	154
III. 8. "Marketing sociétal" versus "optique produit"	157
III. 9. Modèle d'analyse stratégique	162
III. 10. Les caractéristiques du management lorsque la recherche de l'excellence est inscrite dans la vision stratégique	170
III. 11. Le pouvoir de monopole	185
III. 12. Le lobbying au service de l'auto-régulation du pouvoir de monople	193
4°) Les relations par rapport à la structure organisationnelle	197
5°) Conclusions utiles pour la recherche	218
Chapitre IV. La formulation des hypothèses	
IV. 1. Les hypothèses	223
IV. 1.1. Eléments exogènes	223
IV. 1.2. Eléments endogènes	228
Chapitre V. Analyse des résultats	237
Introduction	237
Eléments méthodologiques généraux	240
- Mesures et échelles psychométriques	240
- Test qualitatif utilisé pour la validation des questionnaires mis en oeuvre	242
- Méthode d'analyse multi-critères utilisée en complément des analyses factorielle	244

V. 1. Analyse des représentations des dirigeants relatives au management stratégique	250
V. 1.1. Ciblage des pratiques de management	250
V. 1.2. Analyse des représentations des professionnels et des gestionnaires	263
V. 1.3. Synthèse des représentations analysées	291
V. 2. Evolution des comportements d'achat des patients	294
V. 3. Analyse des attributs de service en matière d'hospitalisation	300
V. 4. Attributs de base et attributs secondaires pour des services d'urgences et différents services ambulatoires universitaires	310
A. Le service des Urgences	312
B. Les services diagnostiques et thérapeutiques ambulatoires	319
Chapitre VI. Conclusions générales	327
VI. 1. Les éléments de réponses à notre problématique	327
VI. 2. Les hypothèses validées par nos recherches	332
VI. 3. Les éléments du modèle de management stratégique proposé pour l'hôpital universitaire	339
a) Composition et missions du sommet stratégique	339
b) Synthèse des observations et considérations pratiques	345
Bibliographie	362
Annexes	370

INTRODUCTION

Dans un environnement complexe, tel que celui dans lequel se trouve un hôpital universitaire, les moyens et les structures mis en place pour faire face aux contraintes exogènes se trouvent souvent mis en cause par des évènements imprévus.

En effet, il doit faire face aux initiatives de ces différents acteurs, aux innovations pharmaceutiques et technologiques, ainsi qu'aux changements des états de santé de la population sur lesquels il n'a pas les moyens d'agir.

Ces facteurs exigent de l'hôpital une relative autonomie de décisions, nécessitant la mise en oeuvre de stratégies qui se réfèrent elles-mêmes à une vision (21).

"Nourrie d'informations, d'analyses, de prévisions, mais aussi de volonté, cette vision est appelée à se modifier à mesure que l'entreprise et son environnement évoluent".

Dans un contexte en mutation, la recherche d'un "modèle de management stratégique" pour les hôpitaux, basée sur une approche cherchant à modéliser une réalité à un instant donné, serait rapidement dépassée et donc inutile.

Comme le décrit Max SCHREIBER, l'approche rationaliste de la recherche, dont Karl POPPER est le représentant le plus autorisé, soutient une vision de la science fondée sur quatre principes (137) :

- *rigueur de la démarche* : mettre en correspondance la théorie et les données tirées de l'observation avec une cohérence logique dans le discours interne

(depuis le recueil des données jusqu'à l'analyse qui en est faite et aux explications qu'on en donne).

- *objectivité et universalité* : le discours doit être objectif et universel ($E = MC^2$ est vrai à Tokyo comme à Washington, pour un boudhiste comme pour un chrétien). La formule n'est pas dépendante des croyances ou des opinions. Cela dit, toute science a un "noyau dur" de lois qui répondent à ces exigences, mais elle contient surtout des suppositions, des hypothèses et des théories en attente de démonstration.
- *progrès et cumul du savoir* : les connaissances s'ajoutent aux connaissances et l'histoire des sciences est en constante évolution par leur accumulation. Une recherche ne recommencera donc pas à "zéro", mais s'appuiera sur ce qui a déjà été fait. Le passage par une analyse de l'état de l'art sera incontournable.
- *régulation et vérification* : toute science digne de ce nom définit les procédures de contrôle de son discours, une discussion, une confrontation aux faits. Un chercheur doit tester ses modèles ou ses hypothèses, en contrôlant s'ils s'appliquent à la réalité correspondante (vérifiabilité). Par contre, la "réfutabilité" suppose que les résultats puissent être soumis à discussion critique et confrontés à de nouveaux faits qui pourraient les remettre en question.

Karl POPPER : "Je conçois les théories scientifiques comme autant d'inventions humaines, comme des filets créés par nous et destinés à capturer le monde ... . Ces théories ne sont jamais des instruments parfaits. Ce sont des filets rationnels créés par nous et ils ne doivent pas être confondus avec une représentation complète de tous les

aspects du monde réel, pas même si elles semblent donner d'excellentes approximations de la réalité".

L'histoire humaine n'est pas prévisible, parce que la société n'est pas soumise à un déterminisme strict. La connaissance que nous avons du réel ne peut donc être absolue, elle n'atteint pas l'essence des choses, mais cherche à approcher la réalité par approximations successives. Une science ne se résume pas à des théories, des données et des expériences. Les idées sont véhiculées par des hommes. Les connaissances s'accumulent, mais les synthèses se font rares.

Pour A. WEINBERG, une recherche doit répondre à trois critères (46) :

- porter sur un objet limité,
- viser à répondre à une question précise,
- suivre une démarche démonstrative.

L'objet de notre recherche consiste à mettre en évidence un modèle de référence en ce qui concerne le **management stratégique** et cela, au départ du contexte et en tentant de relier les éléments de l'objet entre eux et avec leur environnement.

L'approche sera nécessairement systémique. Elle ne visera pas à expliquer "pourquoi" et "à cause de quoi" le management stratégique doit se mettre en oeuvre, comme tenterait de le faire une approche analytique, mais "**comment**" et "**dans quel but**" il doit se développer.

Cette démarche systémique doit être considérée dans un sens très large. Nous adopterons l'approche utilisée par Jacques MELESE qui considère que "l'entreprise à complexité humaine" ne peut plus se fonder sur la vision de l'organisation comme un grand système de contrôle, ou un système multi-contrôlé, même si le contrôle se fait

plus sur les objectifs que sur les moyens. En effet, on retrouve toujours, plus ou moins habillés, la norme, le jugement, la correction, éventuellement la sanction. **J. MELESE part du principe que les activités individuelles ne prendront une réelle signification que si les diverses organisations où elles se déploient sont elles-mêmes significatives pour leurs membres (17).**

Un tel changement de regard sur l'organisation nous conduira à nous demander si la taille de l'organisme qu'on présente encore souvent comme le facteur essentiel d'"humanité" (l'entreprise à taille humaine), n'est pas une caractéristique secondaire par rapport à la répartition de la complexité de l'organisation.

Le sens donné au mot "complexité", quant à lui, se conformera à la définition qu'en a faite J. MELESE. **Il la considère comme la richesse des interconnexions, la variété des états et des évolutions possibles, alors que de nombreux systèmes de gestion sont compliqués, au sens d'une imbrication de liaisons linéaires stables et souvent fixées d'une manière rigide de l'extérieur de l'organe.** C'est notamment le cas des imbrications des différentes règles de financements qui induisent des comportements qui ne répondent plus toujours aux besoins d'une mission collective de santé publique.

Le comportement d'un système complexe peut être adaptatif, développer de l'apprentissage, être créatif en découvrant et sélectionnant de nouvelles réponses aux stimuli de son environnement, alors qu'**un système contrôlé de l'extérieur, transparent, sera toujours un "service d'exécution".**

La complexité est, au contraire, la reconnaissance de la richesse et de la diversité des organisations de toutes tailles et de toute nature, ainsi que des individus; c'est la prise en compte de l'immense variété des systèmes organisés, micro-, méso- et macro-systèmes. **Répartir la complexité débouche sur la problématique de l'autonomie et du**

maintien d'un certain "pouvoir de monopole" au niveau de l'hôpital universitaire, entre autres (cfr. chap. III.3.5).

J. MELESE insiste encore sur la nécessité de reconnaître l'individualité au sein d'une organisation. Historiquement, on peut observer que la révolution industrielle, qui a transformé des artisans en ouvriers, a opéré une "désindividualisation", c'est-à-dire la banalisation d'un individu dans un certain champ de fonctions et de comportements à laquelle se réfère la notion d'"homo-economicus", d'homme administratif, d'intégration, etc....

Les réflexions actuelles menées par les professionnels (médecins de l'hôpital par exemple) sont assez semblables à ce qui a été vécu au niveau du monde industriel, (travaux exploratoires sur "l'intégration médicale dans l'hôpital - Illusions et réalité" par R. GUEIBE (135).

Depuis trente ans, l'école des systèmes socio-techniques débouche régulièrement sur les débats centralisation-décentralisation, autonomie-programmation, intégration-répartition, etc ... . La sortie de ces débats exige de reconnaître la réalité organique des diverses parties de l'organisation et leur individualité. Mais ceci requiert que ces sous-ensembles se complexifient.

En effet, de nombreux dysfonctionnements constatés par J. MELESE dans les entreprises et les services publics sont apparus, lorsque ceux-ci ont grandi, se sont diversifiés et se sont compliqués par le schéma mécaniste du contrôle hiérarchique des composants humains. La tendance générale consiste à renforcer la codification et la réglementation, à uniformiser les règles, à chasser les cas spécifiques pour opérer une standardisation. Ce furent les grands jours des techniques d'organisation de

contrôle de gestion, d'informatique qui se sont lancées dans cette voie codificatrice pour lutter contre la montée de la complexité, amplifiant la "désindividualisation".

Mais cette course contre la complexité s'est rarement avérée gagnante : la lourdeur, la difficulté, le coût, le temps d'élaboration des grands systèmes de contrôle sont considérables; de plus, ceux-ci constituent par eux-mêmes une nouvelle zone de complexité, de nouveaux langages, parfois plus indéchiffrables encore que la complexité à contrôler.

Quant à l'environnement de l'organisation, il s'est lui aussi déstabilisé, élargi et différencié. On pourrait dire que tant le milieu interne et que le milieu externe ont entamé un processus d'individualisation, de complexification qui sous-tendent les théories et les pratiques du management.

De même, Jacques MONOD (46) montre le rôle fondamental de l'invariance reproductive pour l'être vivant, soit les caractères ou les propriétés fondamentales qui sont maintenues d'une génération à une autre et se retrouvent inchangées. J. MELESE pense que, dans le cas d'une organisation, l'absence d'invariance sur une certaine période, ne nous permettrait pas de la distinguer. Reconnaître une organisation, présuppose effectivement qu'à travers le temps et au cours d'observations répétées, on retrouve certaines constantes physiques, financières, relationnelles, culturelles, etc...

En fait, pour l'hôpital, reconnaître l'individualité, c'est accepter que chaque département soit un lieu de complexification capable d'associer des facteurs internes et externes et des variables de contrôle. C'est donc reconnaître des degrés suffisants d'autonomie à toutes les parties de l'organisation. Cela revient donc à accepter que les comportements d'un département ne soient pas totalement prévisibles,

donc jamais complètement contrôlables. Ce qui échappe à la description et au contrôle constitue des facteurs caractéristiques de l'individualité du département, comme des réservoirs de potentialités et de créativités (VON FOERSTER : principe de "l'ordre par le bruit").

Dans la plupart des cas rencontrés par J. MELESE lors de ses observations, l'individualisation requiert de supprimer certaines contraintes qui se sont institutionnalisées tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organisation (professions, conseils, ordres, ...). De même, les directions de ces départements ou services, conservent le contrôle des variables essentielles du champ qu'elles couvrent. Dans la plupart des cas, une réelle capacité d'association n'existe qu'au sommet (Comité de Direction, Conseil d'Administration, cabinets, ...). A ce niveau, il est encore fréquent de ne trouver que juxtaposition, confrontation des variables ou des points de vue, et non recombinaison et complexification.

Ce type de fonctionnement a probablement toutes les chances de se rencontrer dans une organisation de professionnels aux diverses spécialisations. Le système global de fonctionnement de l'hôpital peut probablement se décomposer en une multitude de sous-systèmes en interaction avec l'environnement interne et externe.

L'approche systémique ne vise pas à circonscrire l'objet de manière exhaustive, comme le fait une approche analytique, mais à le percevoir de manière simple et utile par rapport à l'objet du management stratégique. Elle est donc tout à fait appropriée à l'élaboration d'une théorie partielle (ou de base) appliquée aux hôpitaux universitaires et s'inscrivant dans une théorie moyenne du management stratégique adapté au secteur de la santé.

Pour A. WEINBERG, **la méthode hypotético-déductive est la candidate la plus sérieuse à l'universalité.** C'est elle qui reproduirait le mouvement le plus rigoureux d'une authentique pensée scientifique. Son principe général tient en quelques mots : construction d'un objet de recherche, élaboration d'une hypothèse, collecte des données et interprétation. Le modèle hypothético-déductif empiriquement "validé" sur un échantillon "représentatif" reçoit parfois le label de **procédure canonique** (50). Plutôt que de mimer des procédures méthodiques prétendument utilisées par les sciences exactes, nous avons adapté notre propre épistémologie aux "objets" de la recherche.

En effet, la comparaison avec les sciences "exactes" exigerait l'application systématique de la méthode de validation "empirico-formelle". Cela reviendrait à affirmer que le critère de la prévision réalisée est non pas le meilleur, mais le seul critère de validation d'une théorie scientifique.

La méthode empirico-formelle s'applique dans un grand nombre de cas en sciences-sociales : psychologie expérimentale, linguistique, analyses économiques classiques ou néo-classiques ou Keynésiennes, anthropologie,... (cfr C. LEVI - STRAUSS) (46).

Mais face aux comportements individuels et sociaux, on peut vouloir conserver les significations, les valeurs qu'ils véhiculent, consciemment ou non. Il s'agit alors de retrouver le sens des actions, des institutions, des processus sociaux et culturels.

Le critère de validation de la méthode interprétative est alors ce qu'on pourrait appeler le degré de saturation de l'interprétation proposée.

Pour A-C. MARTINET, la "pensée" stratégique mêle concepts pertinents et notions pauvres, résultats positifs et propositions normatives.

Le politico-stratégique fonctionne donc dans un univers conflictuel. Le calcul et la raison le caractérisent. Cela implique nécessairement un effort de création collective.

*"**La stratégie** consiste essentiellement à concevoir, réunir et manoeuvrer des forces - énergies de façon délibérée, pour introduire des changements jugés avantageux dans la situation conflictuelle identifiée afin de réaliser efficacement le projet politique de l'acteur concerné". (acteur, organisation, décideur, société, marché,...) A C. MARTINET*

Pour E. LUTTWAK: **le domaine tout entier de la stratégie est régi par une logique paradoxale qui lui est propre, en contradiction avec la logique linéaire d'usage courant.**

Lorsqu'on introduit la notion de "temps", la dynamique devient une convergence et même une interversion des contraires. Aucune action stratégique ne peut se poursuivre indéfiniment. Il est fréquent de constater qu'une innovation crée une surprise stratégique et procure le succès. Il est tout aussi courant que cela entraîne une réaction et que l'imitation dépasse ou, à tout le moins, annule l'innovation. Il s'agit dans bien des cas d'un continuum.

Les principaux paradoxes stratégiques:

- piloter le changement dans le présent versus affirmer l'identité de l'acteur dans la durée en conjuguant le passé et le futur.
- Une stratégie comme voie pour atteindre un but versus une stratégie qui transforme son but.
- permettre d'agir en plus grande sûreté et de manière rationnelle versus éviter la paralysie par l'analyse au détriment de la spontanéité.
- permettre à l'entreprise de sortir de ses contraintes pour s'offrir une marge de

manoeuvre versus épouser les réalités de l'environnement pour acquérir sa marge de manoeuvre.

- pensées normatives forgeant principes, règles et méthodes utilisables versus importance du rôle et des intentions du dirigeant.
- ....

Du point de vue épistémologique, A-C. MARTINET range la stratégie dans les "sciences de la conception".

La saisie des contraires inéluctables appelle donc une pensée capable d'opérer d'incessants passages entre l'analytique et le séquentiel, le digital et le global, le simultané et l'analogique.

Il convient sans doute d'en appeler à l'alternance entre l'explication positive et la compréhension. La conception passe également par la conjonction et la synthèse de ces deux approches.

Elle ne s'oppose pas à la méthode "inductive" dont le processus de la pensée part de l'observation et conduit vers une hypothèse ou un modèle.

Par exemple, l'observation de la fréquence d'une maladie dans une communauté donnée permet de supposer une relation entre la maladie et le mode de vie. La déduction consiste, à l'inverse, à partir de l'hypothèse pour l'appliquer à un cas d'observation. La déduction et l'induction concernent la formation des hypothèses et non le processus de démonstration. **La pensée scientifique est un cheminement incessant entre induction et déduction via un système itératif.**

Pour CROZIER, l'identification des acteurs, la mise en évidence des objectifs, le jeu des contraintes, la construction des stratégies constituent des points de passage pour l'élaboration de ces représentations des organisations (46).

Notre attitude tout au long de cette recherche sera celle suggérée par EISENHARDT (137) : "finalement, la recherche pour la construction d'une théorie doit débuter le plus près possible de l'état initial d'absence de théories prises en considération et d'hypothèses à tester".

La confrontation avec d'autres courants de la littérature n'est pas contradictoire avec cette méthode. Bien au contraire, EISENHARDT recommande : "un trait essentiel de la construction théorique est la comparaison des concepts, de la théorie, des hypothèses émergents avec la littérature existante. Ceci conduit à s'interroger sur ce qui est similaire, ce qui contredit, et pourquoi. Une clé à ce processus consiste à considérer un éventail large de littérature".

Après consultation de la banque des thèses, aucune recherche relative au management stratégique hospitalier universitaire n'a été identifiée. Les thèmes de gestion de l'hôpital recencés depuis 1972 à nos jours dans le fichier "TELETHESES", et proches du sujet de recherche traité sont:

- 1978 : "Management en secteur hospitalier privé" (LEDOUX Claude - Paris I)
- 1991 : "Pour une pratique renouvelée du contrôle de gestion à l'hopital" (MULSAUT Thierry - Limoges)
- 1992 : "Servir et gérer dans le domaine socio-sanitaire : comment les professionnels de la prise en charge apprennent-ils à rendre des comptes ?" (DE CHERGE Hilaire - Ecole polytechnique)
- 1992 : "L'hôpital à la croisée des chemins : des diagnostics à la thérapeutique. Contribution des exigences de gestion à un fait social" (CONCI CLAVERANNE Martine - Lyon 3)

- 1994 : "Management et hôpital : apports et limites de démarches de management stratégique appliquées en secteur hospitalier public français"

(LECOMTE - BOUCHARDY Isabelle - Université Saint-Etienne)

Cette thèse a démontré que le management stratégique est une démarche de gestion applicable à l'hôpital public français.

Elle s'appuie pour cela sur l'analyse des pratiques de centaines d'hôpitaux français et débouche sur un diagnostic du fonctionnement actuel des établissements sanitaires publics.

Il s'agit plus d'une recherche sur la "faisabilité".

- 1994 : " Le contrôle de gestion dans une bureaucratie professionnelle : contribution à la modélisation du cas de l'hôpital public" (MASSE Marie-Claude Lille 1)

CHAPITRE I. CONTRIBUTIONS, PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

I.1. Les contributions 13

I.2. La problématique 14

I.3. La méthodologie 18

I. 1. Les contributions

1) Les tendances actuelles au renforcement des réglementations et de la standardisation, face à l'indispensable complexification des systèmes de soins ne semblent pas en mesure d'apporter une solution satisfaisante face aux défis devant lesquels se trouvent les décideurs des hôpitaux. Nous avons tenté d'établir, de manière scientifique, un processus permettant à l'hôpital universitaire d'intégrer les facteurs internes et externes dans son processus d'analyse et de prise de décision stratégique.

2) En synthétisant les représentations des professionnels et des gestionnaires assumant des responsabilités de Direction, nous avons déduit des points de convergence entre les deux logiques dominantes d'un hôpital. Ces points communs peuvent servir à d'autres fins que celles du management stratégique.

3) Afin d'extraire les attributs de service déterminants intervenant dans l'attitude positive ou négative du patient à l'égard des services ambulatoires de l'hôpital, nous avons mis au point un outil multi-critères d'aide à la décision.

I.2. La problématique

1) Dans une organisation du secteur hospitalier qui remplit plusieurs missions en parallèle, peut-on se référer aux méthodes d'élaboration d'une Politique Générale utilisée dans le secteur marchand ?

2) Les méthodes participatives de gestion par objectifs et les méthodes de gestion de projets transversaux sont-elles également pertinentes pour gérer les stratégies de changement interne dans ce type d'entreprise ?

3) Comment se positionnent les forces concurrentielles et les facteurs critiques de succès dans le secteur hospitalier ? Est-il pertinent de parler d'attributs produits/ marchés ?

4) A quel niveau d'agrégation doit-on définir la politique générale dans le cas d'un hôpital universitaire et comment doit-on délimiter son activité de référence? (au niveau de l'hôpital seul ou au niveau de l'hôpital et de l'université de façon globale, en intégrant la gestion des innovations par secteur géographique, ...)

5) Dans la mesure où l'on peut démontrer que les hôpitaux sont des organisations de professionnels avant d'être des organisations professionnelles, quelles sont les contraintes à considérer en matière de management et comment peut-on y répondre efficacement ?

6) Comment les systèmes de contrôles actuellement développés répondent-ils aux préoccupations des parties prenantes des hôpitaux universitaires ? (indicateurs extérieurs, intérieurs, des indicateurs "micro", "meso" et "macro").

7) Quelle relation peut-on établir entre les systèmes de contrôle stratégique en place et les théories des organisations ?

Les critères économiques ne doivent-ils pas systématiquement se compléter par des critères régissant les comportements de manière qualitative en vertu de la théorie de la contingence et des finalités d'un véritable contrôle de gestion multicritère ?

8) Quels sont les mécanismes de contrôle stratégique liés au réseau de relations, voire aux mécanismes du pouvoir de monopole ?

9) Quelles sont les possibilités et les limites du management stratégique dans un hôpital devant tenir compte des politiques budgétaires et des contraintes introduites par les organismes de tutelle ?

10) Comment évoluent les mécanismes de décision des patients et s'approche-t-on réellement des mécanismes de marché ? Les phénomènes d'élasticité induisent-ils des évolutions dans les comportements ?

Y a-t-il une marge de manoeuvre suffisante pour permettre le déploiement du management stratégique et la mise en oeuvre des méthodes du marketing sociétal ?

11) L'hôpital en tant qu'organisation de professionnels a-t-il tendance à privilégier les préoccupations opérationnelles des professionnels ou tend-on à intégrer l'approche des managers ? (planification, gestion budgétaire, gestion globale par la qualité, ...)

12) Dans quelle mesure la mise en place de la gestion globale par la qualité répond-elle aux objectifs d'une stratégie de base de différenciation ? Y a-t-il un réel impact de la mise en oeuvre du management stratégique et comment peut-on l'évaluer?

13) Quelles sont les connexions habituellement établies avec les différents niveaux de l'environnement de l'hôpital ? Sous quelles formes les relations de réseau sont-elles entretenues ?

14) Les environnements concernés par la veille stratégique sont-ils prioritairement les micro, méso ou macro-environnements ? Cette situation est-elle concomitante au degré de développement des mécanismes de pouvoir de monopole de l'hôpital sur ses environnements ?

15) Les informations exogènes prédominent-elles dans un processus de décision stratégique? Sont-elles tantôt de type "structuré"ou tantôt de type "mosaïque" ? Les capacités cognitives nécessaires pour utiliser le langage spécifique et les pratiques en vigueur au sein des sociétés scientifiques, des centres de recherches fondamentales n'imposent-elles pas automatiquement le contrôle organisationnel du type A (§ III.9) décrit par Weber pour les innovations technologiques ? De même, les options stratégiques diachroniques nécessitent également la prise en compte de données structurées et mosaïques lors du processus d'analyse stratégique. Ne faut-il pas automatiquement concevoir un pilotage décentralisé puis centralisé ? Cela permettrait-il d'éviter une asymétrie informationnelle entre une structure organisationnelle des professionnels privilégiant les prises de décisions individuelles et une structure financière traitant les données structurées intégratives et privilégiant les prises de décisions collectives ?

16) Les activités structurantes (connaissance des évolutions des besoins épidémiologiques, des attentes des clients, des choix technologiques, de la conception du service, ...) conditionnent l'orientation et l'exercice des activités directement opérationnelles. Elles concernent l'ensemble des responsables hospitaliers, médecins ou administratifs, et favorisent une réelle intégration des différentes structures internes. Seraient-elles trop souvent considérées comme un luxe que l'on doit sacrifier aux besoins des activités directement opérationnelles ? La connaissance de l'environnement n'est-elle pas encore perçue comme un élément pour la recherche d'avantages concurrentiels ? Le

secteur se comporterait-il toujours comme s'il n'était pas dans un environnement concurrentiel et développerait-il l'approche "produit" plutôt que celle du "marketing sociétal" ?

I. 3. La méthodologie

La stratégie étant essentiellement un domaine fonctionnel s'apprenant par la pratique, pour repérer les hypothèses pertinentes, la technique d'observation objectivante, appliquée à un échantillon de dirigeants représentant les grandes fonctions du management, sera adoptée.

Les hypothèses de recherche sont déduites de l'état de l'art qui s'appuie sur un champ pratique issu du contexte hospitalier ou de secteurs de service proches des services dits "sociaux".

Pour la partie descriptive de la recherche, les interviews sont réalisés par des étudiants ne participant à la recherche que pour la phase de recueil d'informations. La phase descriptive a mobilisé 42 étudiants de troisième cycle "contrôle de gestion" de l'Ecole Supérieure de Commerce de Lille. Cela limite le contact avec le terrain d'observation et permet aussi d'être assuré que les réponses aux questions ne sont pas "déléguées", mais apportées par les personnes interviewées.

L'interview en face à face a été préparé par un séminaire avec l'équipe des étudiants. Cela a permis de situer le contexte du management stratégique appliqué au secteur hospitalier (guides d'interviews : annexe 1).

Un travail d'appropriation du questionnaire par les étudiants a également été réalisé, afin de leur permettre d'aborder efficacement les Directions financières et administratives en première approche.

Ensuite, une phase de validation des hypothèses pertinentes identifiées lors de la phase descriptive a été réalisée auprès des Directions générales et des Présidents des Commissions médicales d'établissement, des médecins chefs du département de médecine interne et des médecins chefs du département de chirurgie. Pour la Belgique, les Directions médicales ont également été interrogées. La taille de l'échantillon a été suffisante pour permettre une analyse qualitative des représentations.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux "clients" de l'hôpital. En nous référant à une recherche déjà publiée, nous avons pris en considération les attributs de service déterminants pour les patients, la population, les familles et les médecins de famille dans le cas des services d'hospitalisation.

Une étude longitudinale d'évolution de la disparité de recours aux soins, également publiée, a été intégrée dans notre analyse.

Enfin, nous avons développé une méthode d'identification des attributs de service intervenant dans la construction de l'attitude positive ou négative du patient à l'égard des services ambulatoires d'un hôpital universitaire.

Nous avons également tenté de cerner les perceptions des constructeurs d'équipements médicaux et des grands laboratoires pharmaceutiques effectuant des études cliniques multicentriques en phase 2, mais nous n'avons pas abouti par la voie des questionnaires. Des interviews en tête-à-tête seraient nécessaires auprès d'un échantillon représentatif des laboratoires.

S'agissant d'une première recherche en Sciences de gestion pour l'élaboration d'un processus de management stratégique hospitalier, la conjonction d'une analyse des représentations de décideurs du secteur et d'une approche par les principaux "utilisateurs" des services offerts par l'hôpital nous a permis de valider suffisamment d'hypothèses que pour proposer les premièrs éléments d'un modèle de management stratégique.

CHAPITRE II. CADRE GENERAL ET CONCEPTUEL

II. 1. Le cadre général 21

II. 2. Le cadre conceptuel 35

II. 2.1. Le management stratégique 35

II. 2.2. Le système d'information stratégique 58

II. 1. Le cadre général

Bien qu'un hôpital universitaire ne maîtrise pas entièrement ses ressources financières, sa marge de manoeuvre reste positive. Plus on connaît une situation difficile, plus la pertinence des décisions est importante.

La tradition veut que le domaine de la santé soit considéré comme un secteur **non-marchand** (123).

Par **secteur non-marchand**, nous entendons un secteur qui se régule, non pas à partir des mécanismes du marché, mais bien par ceux de la dotation, du subventionnement, de la subsidiation provenant en premier lieu des différents pouvoirs publics.

Les organisations du secteur non-marchand sont, par conséquent, traditionnellement régulées par les politiques publiques (CEE, Etats, Régions, municipalités, ...)

Les terminologies "marchand" et "non-marchand" font toutes deux référence à une notion de "marché".

Très souvent, les ouvrages traitant d'économie classique ou néo-classique offrent une réponse simple mais guère opérationnelle à la question: "qu'est-ce qu'un marché?". Le marché y est en effet défini par l'ensemble des biens dont la demande est caractérisée par une élasticité croisée. Cette élasticité croisée fournissant un indice de substitution entre des biens ou services différents, il est évident qu'un marché devrait rassembler à l'intérieur de ses frontières tous les biens ou services pour lesquels les acheteurs ont manifesté un niveau important de substitution. (51)

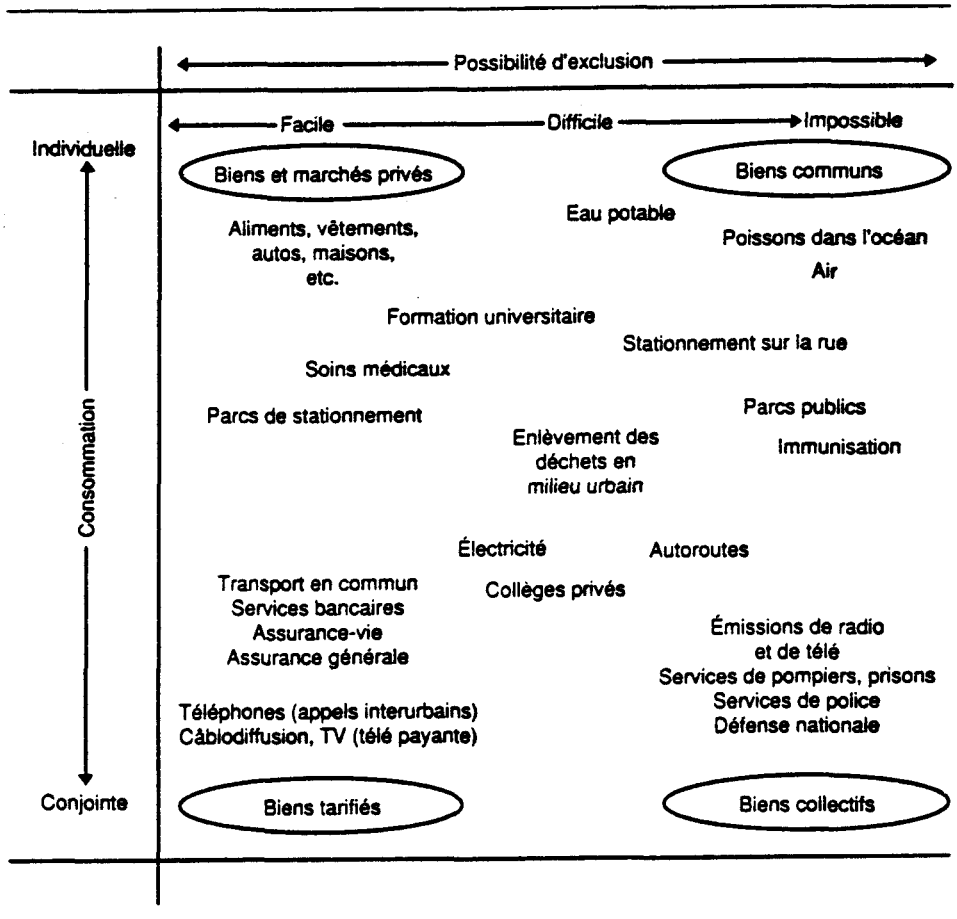
Pour donner un contenu empirique à cette définition du marché, il est parfois suggéré d'établir la corrélation entre les fluctuations de prix des différents biens ou services. Selon cette hypothèse, les biens ou services aux mouvements fortement corrélés seraient alors considérés comme faisant partie d'un même marché.

Les politiques des Etats et des gouvernements dans certains domaines (notamment le secteur de la santé) exercent une influence considérable sur la définition des marchés, tant sur le plan des produits ou services que d'un point de vue géographique.

Selon les courants philosophiques qui appuient les fondements politiques d'une société ou d'un Etat, les gouvernements voudront intervenir dans plus ou moins de domaines et limiter ou favoriser le jeu des forces économiques inhérentes à différents secteurs.

En toute éventualité, les sociétés se distinguent, dans le temps et dans l'espace, par les biens ou services qu'elles jugent "collectifs" et par leur recours à la production privée ou publique pour tout un ensemble de biens et de services.

Typologie des biens et des marchés selon leurs caractéristiques de consommation et d'exclusion (51) :



Source : Adapté de Savas, 1988.

Cette classification des biens et services démontre qu'il existe un vaste éventail de possibilités entre les activités du domaine public ou privé.

De nombreux chevauchements sont inévitables entre ces deux options. Selon qu'on empêche ceux qui ne voudraient ou ne pourraient pas en payer le prix d'avoir accès à ces biens ou services, les politiques assurent un rôle de régulateur.

Le choix en cette matière reflète probablement un compromis entre l'idéologie du moment et du lieu, et les implacables impératifs économiques. Cette typologie rappelle au stratège de l'entreprise que les marchés "privés" sont souvent le résultat de choix politiques qui sont rarement irréversibles.

La notion de service du secteur "marchand" ou "non-marchand" est un concept à caractère variable et changeant. Le secteur de la santé est bien régulé par les mécanismes du secteur non-marchand, mais dispose également d'une petite marge de manoeuvre. Certaines quotes-parts et différents frais sont à charge du patient. Nous pouvons donc concevoir que certains mécanismes du secteur marchand soient présents. Mais pour être complet, il faut intégrer le mécanisme de "risque moral" qui intervient dans la décision du patient. De même, les biens à consommation "conjointe" ou biens tarifiés donnent souvent lieu aux économies de réseau. Dans ces types d'activités, il est impossible de comprendre la stratégie sans faire appel aux économies de réseau. (rassemblement du volume de plusieurs sites en un endroit central pour utiliser des équipements dont la performance est optimale à grands volumes et utilisation du système de "plaque tournante" pour le transport aérien, utilisation de l'effet de réseau pour réduire le risque actuariel par une couverture plus large en réassurance dans le secteur de l'assurance, utilisation des réseaux d'abonnés pour les services où les coûts dépendent du nombre d'utilisateurs du service: télévision, téléphone, transmission de données,...)

La définition du marché dans son sens premier est représentée par le quadrant nord-ouest de la typologie reprise ci-avant.

Le graphique positionne les soins médicaux dans ce quadrant. Les travaux de recherche effectués en 1990 par OMACHON et dont les conclusions sont présentées au

paragraphe III.8, confirment cette hypothèse.

De nombreuses organisations non-marchandes, de droit public ou privé, disposent de ressources propres liées aux cotisations de membres (assurances privées), au sponsoring, à la participation financière directe des patients de l'hôpital, ...
Cependant, le marché ne supporte pas, en tout ou en partie, le coût des services qui y sont produits; l'on se situe en-dessous du seuil de rentabilité (ou même de solvabilité). C'est précisément ce qui justifie l'intervention directe des pouvoirs publics.

Ces contraintes permettent cependant à certaines organisations de disposer de marges suffisantes d'autonomie pour développer une capacité stratégique à moyen terme, surtout lorsqu'elles disposent de ressources propres en suffisance.
Les valeurs dominantes du secteur non-marchand de la santé se réfèreraient à la démocratie et à l'égalité.

D'autre part, dans le secteur, on met des services à disposition de l'environnement et il importe, comme pour le secteur marchand et avec des méthodes similaires, de connaître et d'évaluer dans quelle mesure ces services sont accessibles, utilisés, appropriés aux besoins détectés.

Compte tenu des évolutions de certaines ressources propres, si l'hôpital veut maintenir ses domaines de spécialisation, des stratégies seront développées du fait de la présence de nouveaux entrants ou de services "substituts".

Pour M. BONAMI, la perméabilité, la porosité plus forte aujourd'hui qu'hier des frontières entre les secteurs marchand et non-marchand se manifestent par une plus grande incorporation, dans un secteur donné, de logiques appartenant à l'autre secteur (123). Cette porosité est liée à la complexité de notre société. L'interdépendance mieux

perçue entre les secteurs ne doit pas occulter le caractère fondamental des priorités, selon qu'on se situe dans un secteur régulé par les mécanismes de marché ou dans un autre régulé par ceux du subventionnement.

Il ne convient pas de transférer, sans autre forme de procès, les méthodes, techniques et concepts de gestion d'un domaine d'activités à un autre, mais il importe de s'y référer.

Il convient de discriminer les institutions et leurs domaines d'activité sur la base de la finalité première qui est socialement reconnue (32) :

1. Les organisations du secteur non-marchand sont supposées "extraverties" parce qu'on attend d'elles qu'elles changent un état de l'environnement ou le préservent s'il est menacé. Les critères de rentabilité ne sont pas absents des préoccupations des gestionnaires du secteur non-marchand. Ils doivent permettre depréserver la pérennité de l' organisation.
2. Les entreprises du secteur marchand sont plus "introverties".

   Cependant, une telle perception des finalités d'une entreprise du secteur marchand semble de plus en plus faire partie de l'histoire, au profit des théories de la contingence (139).

En économie d'entreprise, les apports de l'évolution de la firme de 1800 à nos jours indiquent que dans le secteur marchand, les finalités sont en constante évolution et le modèle de la théorie économique classique semble faire partie du passé, même si c'est encore le crédo de certaines entreprises.

Les évolutions successives pourraient se résumer de la manière suivante (139) :

	FINALITES	PRINCIPAUX AUTEURS DES MODELES
1°THEORIE ECONOMIQUE a) Théorie économique classique - L'entrepreneur est un individu. - L'entreprise est caractérisée par la personnalité d'un entrepreneur rassemblant les facteurs de production pour les faire fructifier en vue d'un marché. b) Théorie économique néo-classique - modélisations économétriques utilisant la recherche opérationnelle. - La personnalité de l'entrepreneur est substituée par l'image d'une entreprise représentant l'ensemble des facteurs de production nécessaires à la maximisation du profit.	maximisation du profit maximisation du profit	A. SMITH, J-B SAY, MARX, ... WALRAS, PARETO, HICKS, ENDERSON & QUANDT, ...
2°THEORIE DE LA MARGINALISATION - utilisation des revenus marginaux pour les calculs des seuils critiques de rentabilité. - le prix du marché est déterminé par le "producteur marginal". - Une fois les frais de structures couverts, tant que la marge sur les coûts directs par unité supplémentaire produite est positive, il est décidé de produire ces unités supplémentaires.	optimiser le profit en trouvant l'équilibre entre le coût marginal et le revenu marginal (dernière unité produite).	BOWERK, SCHUMPETER, JEVONS, ...

3° THEORIE NEO-CLASSIQUE CONTESTEE - Dans la réalité, l'entreprise est rarement en situation de maximisation du profit (par l'influence des objectifs personnels poursuivis par les managers). - Dissociation: dirigeants/actionnaires. - Dirigeants centrés sur la performance en termes d'objectifs globaux et d'augmentation de la richesse personnelle. - actionnaires centrés sur la maximisation du profit.	maximiser la performance par des objectifs généraux (CA, profit mais avec un minimum de CA, actifs de l'entreprise,...).	BERL & MEANS, ...
4° THEORIE DE LA CONTINGENCE - L'entreprise ne maximise pas une performance, mais atteint des niveaux satisfaisants (utilisation des outils de la recherche opérationnelle). - Des bornes définissent des seuils critiques à respecter. - Il n'y a pas antinomie entre la recherche de l'optimisation et de niveaux satisfaisants.	réalisation de niveaux satisfaisants de variables de performance (bornes minimales de profit, maximales de coûts,...).	MARCH, SIMON, ...

Les théories d'évolution de la firme et les théories sociologiques de l'entreprise confirment également les tendances d'évolution vers un processus dynamique en recherche constante de niveaux d'équilibres supérieurs (Max WEBER, Michel CROZIER, ...) .

Nous observons des évolutions dans le temps. La recherche de nouveaux équilibres semblent se modifier selon les cultures et les époques (USA, Japon, UE,..., par exemple), voire les évolutions des conjonctures économiques. Les modèles de management seront donc inévitablement appelés à subir des évolutions ne fut-ce qu'en ce

qui concerne les systèmes d'évaluation des performances, puisque comme nous venons de l'énoncer, cette notion est appelée à évoluer. Dans les systèmes de soins, les services dits publics, les associations à but non lucratif et les sociétés à statut juridique lucratif (société anonyme, SARL (SPRL en Belgique),...) se côtoient dans des domaines communs d'activités . Une certaine compétition existe, ne serait-ce que par les divergences des finalités qu'elles poursuivent. Cependant, tel que nous l'évoquions précédemment, **les finalités des secteurs marchands et non-marchands tendent à se recouper dans la recherche de niveaux satisfaisants de performances. Nous pouvons donc imaginer que les "niveaux satisfaisants" ne sont pas nécessairement de même nature.**

La figure classique de l'entrepreneur serait celle de celui qui a non seulement une compétence technique (en médecine, en économie, en droit, en gestion, ...), mais aussi une inspiration éthique, une ligne de conduite, un esprit qu'il insuffle à l'entreprise sous forme de principes. (105)

Pour Max WEBER, l'action en vue d'une valeur joue un rôle régulateur décisif par rapport à l'action en vue d'une fin.

En longue période, les buts et finalités doivent persister, alors qu'un objectif se définit à court ou moyen terme et ne fédère pas de façon permanente.

Comme M. MAESSCHALCK le précise, l'action en vue d'une valeur doit être l'affirmation du leadership de l'entrepreneur et non un facteur d'incompréhension. Il ne peut donc pas y avoir de zone d'ombre à ce sujet (56).

De plus, même dans des conditions flagrantes de corruption et d'injustices institutionnalisées, l'individu (soit un membre du personnel de l'hôpital) gardera le cap indiqué par la finalité éthique de l'entreprise. C'est ce qui fait dire à KANT que l'ordre

social ne conditionne pas l'ordre moral et il serait tout aussi erroné de croire l'inverse.

C'est ce que K.O. APEL appelle le déficit de l'éthique de la discussion de la société moderne qui ne parvient plus à formuler un projet qu'en terme de maîtrise et de processus d'autorégulation privé de sens. Il l'a décrit comme une société enfermée dans la rationalité instrumentale, à la recherche d'une autorité légale et d'une éthique de la responsabilité. Il cite également les grandes questions de l'humanité contemporaine : l'écologie, la faim, l'emploi, la corruption, la violence politique, pour lesquelles nous ne pouvons plus nous limiter à reproduire des principes inopérants.

C'est dans la mesure où il parvient à opérer un retour critique sur ses motivations et à les confronter avec d'autres, en vue d'un consensus, que l'individu (dirigeants, cadres, personnels,...) devient un citoyen responsable déterminé à chercher les voies d'action collective.

La raison moderne serait ainsi aux prises avec elle-même et les Dirigeants appelés à se comporter en "acteur éthique".

Nous sommes alors invités à chercher ensemble les règles d'une justice optimale dans les rapports sociaux en partant d'une situation que personne n'a choisie ni n'a le pouvoir de modifier intégralement.

Pour M. MAESSHALCK, cette conviction se rattache aux finalités des principes stratégiques de l'action dans le domaine de la praxis. **Dans notre cas, cette approche pragmatique orientée sur l'action plutôt que sur l'explication de la réalité, tout en innovant et en sortant des processus d'autorégulation, est rencontrée par la mise en oeuvre de stratégies externes et internes de l'hôpital.**

La contribution de cette thèse pourrait paraître instrumentale. Cependant, plus que dans les services "en général", la recherche du sens de l'action quotidienne est au

centre des préoccupations des personnels des hôpitaux.

Les décideurs du secteur hospitalier sont certainement des acteurs importants du système de santé et nous pouvons imaginer qu'ils auront un rôle de garant à jouer sur le plan des valeurs éthiques.

En matière de management stratégique, cela signifie qu'au sein des hôpitaux, la vision doit pouvoir être partagée et être cohérente avec les politiques de santé publique développée pour un horizon à moyen ou long terme.

La difficulté consistera à concevoir et faire partager cette vision commune. Il s'agit là, d'une mission des pouvoirs politiques. L'absence d'initiative à ce niveau ne laisserait d'autres choix aux hôpitaux que de se structurer pour impliquer les tutelles et susciter la définition d'une politique en matière de santé publique.

Théoriquement, pour ce type de service dit "collectif pur", l'Etat joue un rôle spécifique, au delà du simple rétablissement du prix de marché, par le biais des missions qu'il peut imposer ou négocier avec les entreprises. Dans d'autres cas, l'intervention de l'Etat se justifie davantage sur la base de pratiques de consommation, même si celles-ci ne présentent aucun caractère de non-exclusion, et rarement de non-rivalité. Les pouvoirs publics encouragent ou, au contraire, freinent l'offre ou la demande et, cela, en interférence avec les préférences individuelles (32).

Cette mission doit s'effectuer dans un contexte où les préférences individuelles sont nuancées entre groupes homogènes de patients.

En effet, plusieurs théories tendent à démontrer que l'utilité collective d'une pratique de consommation de services de soins ne correspond pas à la somme des utilités individuelles des consommateurs de ces services. Les utilités marginales devraient donc faire l'objet d'une typologie pour constituer des agrégats homogènes.

Les économistes ont l'habitude de distinguer les biens (et services) privés et collectifs à partir de la caractéristique dite de "divisibilité" (avec les propriétés de rivalité et d'exclusion) (33 et 201).

Dans ce contexte, les caractéristiques des biens collectifs sont, d'une part, la non-rivalité : la consommation d'un bien collectif par un individu n'entrave en rien celle des autres individus; d'autre part, la non-exclusion : il est techniquement impossible ou exagérément coûteux d'exclure certains individus de la jouissance du bien, par exemple par un prix.

La limitation des possibilités d'adaptation de l'offre à la demande et les phénomènes de concurrence par domaine d'activités génèrent des phénomènes de carence.

Nous rencontrons donc au moins la caractéristique de rivalité (cas des CHU, par exemple) et dans d'autres cas, la caractéristique d'exclusion (cas de certaines cliniques privées, augmentation de certaines quotes-parts pour certaines pathologies, ...).

L'environnement hospitalier serait donc celui de la "concurrence monopolistique" plutôt que celui des monopoles naturels.

La confusion persistante entre "management" et "logique de marché" a pour effet de déplacer le débat de manière implicite des "activités sociales" en "activités commerciales".

Il semble que le secteur non-marchand a encore tendance à associer le "management sratégique" dont une des composantes est le "marketing stratégique" avec "perte du rôle de démocratie et d'égalité". (124)

Or, la mise en oeuvre du management stratégique ne signifie pas automatiquement "mise en situation d'oligopole parfait".

Personnellement, nous croyons qu'il faut, au contraire, affronter la situation dans sa réalité en :

- utilisant les principes du management stratégique pour les spécifier au secteur de la santé.
- utilisant les principes de pouvoir de monopole pour réguler les relations avec les tutelles

Ces deux logiques de management peuvent se compléter dans une approche gagnant/gagnant des parties prenantes de l'environnement hospitalier universitaire. Il y a plus de risque de dérive, si les acteurs de l'environnement se laissent conduire par les évènements qu'en les prévenant et en décidant d'actions déterministes (Voir principe de la "main invisible", CHANDLER).

On peut évoquer diverses raisons liées, tant à l'histoire des institutions qu'aux mécanismes politiques. Les mécanismes de pouvoir de monopole y jouent un rôle très important, étant donné que les Universités forment aussi les médecins qui se retrouvent dans divers groupes d'influence. Ces phénomènes sont présents dans les organisations de professionnels, tels que les hôpitaux universitaires. Le lobbying auprès des groupes d'influence est une donnée importante de leur contexte de fonctionnement (règles de financement, critères de reconnaissance et d'agréation, subsidiation des recherches ou d'investissements, ...). Les relations privilégiées que l'entreprise peut entretenir avec son environnement jouent un rôle qu'il ne conviendrait pas de négliger.

Enfin, l'évolution du contexte économique actuel induit de nouvelles habitudes de consommation par rapport à l'offre de service dans le domaine des soins.

Les concomitances entre les courbes de demande des services sociaux, qui se limitent souvent à l'alternative "tout ou rien" et les courbes de demande des

secteurs de service en général sont de plus en plus nombreux (92 et 93).

Nous savons, également, que plus le nombre de sous-marchés augmente, plus leur interdépendance s'affirme. La concurrence s'installe entre services traditionnels et services nouveaux, d'autant que le rôle de régulateur des tutelles n'intervient plus de manière uniforme au niveau de ces différents sous-marchés (influence croissante des assureurs, réduction des capacités de financement des Etats, ...).

Avec l'élargissement des marchés, chaque producteur de service fait un effort de différenciation. L'accentuation de l'interdépendance a pour résultat une diminution du pouvoir de monopole des entreprises sur leurs marchés respectifs. **Ce mouvement s'accélère en période de contraction du cycle économique (39).**

Aux Etats-Unis, le secteur des services de soins fait partie intégrante du secteur marchand. Une recherche effectuée, auprès de 15.000 patients provenant de 51 institutions médico-chirurgicales, a permis d'établir une relation contingente entre les résultats nets, la rentabilité des investissements, les bénéfices et plusieurs variables qualitatives. L'application des procédures médicales, les pratiques en matière de facturation et les différents éléments du processus de retour à domicile expliquent 17 à 27 % de la variance de ces indicateurs financiers d'un hôpital (115). De façon générale, la qualité perçue explique 30 % de la variance de la profitabilité pour ces 51 hôpitaux. **Une amélioration de la qualité perçue par le patient est de nature à faire évoluer favorablement la performance financière de l'hôpital.** Cela ne nous permet pas de savoir si la relation est linéaire, mais bien qu'une approche multidimensionnelle s'impose par rapport à **différentes dimensions** de la qualité perçue.

II. 2. Le cadre conceptuel

II. 2. 1. Le management stratégique

Alors que CHAMBERLAIN faisait référence, en 1927, aux comportements stratégiques à l'aide de la théorie de la concurrence monopolistique, il faudra attendre 1938 avec Chester BARNARD pour que soit posée, sous un autre nom, la problématique de la stratégie (133) (cfr. § III.7.)

Depuis le début des années 1960 jusqu'à la fin des années 1970, les méthodes de planification ont connu plusieurs évolutions. L'approche de la stratégie y est plus technique et méthodologique.

Après SIMON, STANDT, KLINE, EWING, PAYNE, ANSOFF et YOUNG, GILMORE et BRANDENBURG explicitent l'architecture de la planification et ses étapes méthodologiques :

- choix des domaines d'activités et des objectifs,
- formulation des stratégies concurrentielles,
- programmation des opérations nécessaires à la mise en oeuvre
- réévaluation du plan.

Il faudra attendre 1965 pour que tous les modèles inspirés de la cybernétique subissent une évolution avec le "corporate strategy" d'ANSOFF qui applique de façon très planificatrice la pensée stratégique à l'entreprise (3).

La stratégie y est définie comme "une règle pour prendre des décisions" et nécessite la réunion de quatre éléments :

- le champ d'activité : (produit) x (marché)
- le vecteur de croissance : "directions dans lesquelles la firme se propose d'agir à l'intérieur d'une industrie et par-delà ses frontières"
- l'avantage compétitif sur lequel la firme cherche à asseoir sa position
- l'aptitude de l'entreprise à s'engager dans une manoeuvre stratégique

> En 1968, lorsque Pierre TABATONI tentera d'intégrer la pensée stratégique à la théorie de la firme, **il qualifiera de "stratégique"**, les actions qui visent à orienter de façon déterminante et pour le long terme, les activités et structures de l'organisation (133).

De nombreux outils ont ensuite été développés pour apporter des réponses méthodologiques au raisonnement stratégique (voir § III. 6 pour les outils les plus couramment rencontrés).

Dès 1975, la crise pétrolière ayant détruit les belles certitudes de croissance, la planification stratégique et les portefeuilles d'activités savamment composés sont fragilisés par la brutalité et l'ampleur des changements de l'environnement. La prévision et la prospective bâties sur des stratégies d'expansion optimistes doivent être abandonnées au profit de la rationalisation, de la compression des charges de structures, ...

Le concept de "planification stratégique" évolue progressivement vers celui de "management stratégique". Celui-ci tente de prendre en compte la turbulence accrue de

l'environnement, de réconcilier les approches techniciennes et comportementales pour réarticuler stratégie et management (133).

Pour définir le MANAGEMENT STRATEGIQUE, nous retiendrons la définition d'Igor ANSOFF : soit une approche systématique pour gérer le changement stratégique qui consiste à :

- *positionner l'entreprise par le truchement de la stratégie et de la planification des capacités;*
- *fournir des réponses stratégiques en temps réel;*
- *gérer systématiquement les résistances pendant la mise en oeuvre.*

Il ne s'agit donc plus de privilégier les seules variables technico-économiques au détriment de la mise en oeuvre effective et de son inévitable cortège de variables socio-politiques.

Le management stratégique considère les voies et les moyens de la stratégie. La stratégie consiste à créer les conditions de congruence sociales, politiques, techniques et économiques entre l'environnement et l'entreprise, de sorte que celle-ci dispose d'un potentiel maximal de performances (A-C. MARTINET).

Le management stratégique a besoin, pour cela, d'outils qui mettent en perspective et qui expriment des conditions de possibilités concrètes (Matrice ADL, stratégies génériques de PORTER, ...). Dans le même temps, il a besoin d'accueillir l'imagination et l'incertitude laissant une place au mode de pensée heuristique par essais/erreurs.

Nous tenterons d'identifier le cadre formel et les méthodes d'analyses appropriées au contexte hospitalier universitaire ainsi que l'organisation des méthodes de

management, permettant d'assurer avec succès les expérimentations nécessaires au changement.

Comme l'indique ANTHONY, la programmation des activités doit être distinguée du management stratégique (46).

Dans le **processus de programmation**, les buts et stratégies sont fondamentalement acceptés comme des données. Les décisions concernant les programmes ont donc pour but de **mettre en oeuvre la stratégie**. Dans ce sens, et toujours selon ANTHONY, la programmation doit déboucher sur un plan pluriannuel.

Pour M-C. MASSE, un développement ordonné à long terme de l'hôpital ne peut être envisagé à partir des considérations tactiques de gestion à court terme (niveau opérationnel). Par contre, on peut espérer réduire le "slack" dans les dépenses si l'on dispose d'une possibilité de réduction de la carence auprès des patients. Le "slack" s'inscrit dans la problématique d'une gestion de "l'organizational slack" de CYERT et MARCH (1963). Il représente la partie libre, non employée de manière efficiente, des ressources de l'organisation (gestion des temps non productifs,...).

A. MARTINET situe la gestion courante (ou opérationnelle) dans le domaine de la gestion de la multitude des tâches et activités qui concourrent à l'efficacité quotidienne de l'entreprise (pour l'hôpital : gestion efficace des activités des professionnels, de la facturation, de la trésorerie, de l'administration des hommes, ...). Il est évident qu'il n'y a pas d'entreprise sans gestion courante et elle n'est certainement pas secondaire ou moins noble que la gestion stratégique. Elle s'occupe d'exploiter, de la façon la plus efficiente possible, le potentiel existant de l'entreprise.

Il appartient aux gestionnaires des différentes fonctions de "faire tourner" l'ensemble des structures (structures de soins, structures médico-techniques, structures hiérarchiques, systèmes et procédures de gestion, ...) et d'améliorer leurs rendements, chaque fois que cela est possible. Cela se fera en s'appuyant sur des compétences spécialisées qui relèvent des techniques et méthodes de gestion.

Quant au management stratégique, I. ANSOFF considère qu'il doit mettre l'entreprise en situation de réaliser la performance attendue, alors que la gestion courante lui permet de la réaliser.

Il apparaît un certain couplage entre le contrôle de gestion et le contrôle stratégique. Si on ne réduit pas assez le "slack" au niveau des dépenses courantes, une partie du financement des activités nouvelles disparaît. De même, si les tutelles deviennent très restrictives et si le "slack" au niveau du financement des activités nouvelles se resserre, la fonction d'incitation d'un chef de service ou de département médical s'affaiblit au niveau du contrôle de gestion (46).

L'hôpital qui ne dispose plus de "slack" dans le financement ou auprès des patients (liste d'attente de patients liée à l'attractivité, par ex.), perd le contrôle de sa stratégie. Il n'est plus suffisamment spécialisé, perd un certain pouvoir stratégique, ou une partie de son pouvoir de monopole pour négocier avec les tutelles. Il subit la dégradation de la demande et entre dans une spirale d'appauvrissement qui ne lui laisse plus les moyens d'améliorer sa gestion et de se développer.

D'autre part, le management stratégique permet d'introduire la participation, à la fois sur une amélioration des modes d'action et sur la recherche d'une vision collective des orientations. Il s'agit, en fait, d'une évolution des mentalités qui se heurte forcément aux traditionnelles résistances au changement.

Le management par la qualité totale *est un relais important pour que le management stratégique aboutisse. Dans le même temps, le management stratégique apporte au management par la qualité totale un complément indispensable : il lui permet d'échapper à l'essoufflement qui le guette en lui ouvrant une perspective plus large que la résolution des dysfonctionnements opérationnels observés* (43).

Il a une influence similaire sur les modes participatifs d'élaboration des budgets et de contrôle de gestion dont il a besoin pour avoir un impact durable sur les comportements. Il établit les conditions de légitimité du contrôle de gestion, en faisant reposer les budgets sur des plans d'action, d'autre part en associant la consommation de ressources à la réalisation des objectifs.

Dans le même temps, les systèmes d'évaluation et les règles de financement servant les finalités du secteur hospitalier font l'objet de remaniements permanents alors qu'aucun système ne semble véritablement émerger (140).

En France, durant l'année 1994, plusieurs pistes ont été lancées, tant dans le secteur privé que dans le secteur plublic. L'option prise récemment en partenariat avec des médecins et cadres hospitaliers considère le service comme étant la structure d'activités. Il s'agit du système des "Groupes homogènes d'activités par service" (GHAS) mis au point par l'assurance-maladie. (CNAMTS)

Le passage de l'évaluation "taylorienne" sur la seule composante de qualité des soins ou des coûts par GHM (Groupe homogène de malades, proche du système de DRG américain) vers une approche intégrée sur la qualité du service rendu semble engagé. La notion de contrats d'objectifs gérés à un échelon local établie au départ d'une base de données multicritères devrait permettre une meilleure allocation des ressources du budget global (140).

L'évaluation de la performance basée uniquement sur les coûts ne semble plus donner satisfaction et une focalisation sur les missions et objectifs semble souhaitable.

Cependant, cette prise de conscience des nouvelles finalités à poursuivre en matière de santé publique nécessitera la mise en place de nouvelles logiques managériales, tant au niveau de l'hôpital que des relations avec les tutelles et qu'au niveau des tutelles elles-mêmes.

En France, les initiatives actuelles des groupes de réflexion se fondent sur le principe selon lequel la comparaison entre établissements est rarement justifiable, alors qu'elle l'est presque toujours entre services de même spécialité. Ils tiennent également compte des pathologies traitées. Les règles de financement qui pourront en être déduites et négociées au travers de contrats d'objectifs par service permettront également d'harmoniser les financements du secteur privé avec le secteur public au travers des GHAS (Dr F. PEIGNE, président de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers). Les systèmes d'évaluation par les GHAS sont actuellement testés auprès de différents services de la région parisienne et s'articulent autour de 5 types d'indicateurs par service:

1°) facteurs quantitatifs de la structure :

(taille du service, de la discipline,...)

2°) facteurs qualitatifs de la structure :

(modernité, confort, accès, accueil, niveau d'équipement,...)

3°) indicateurs médicaux :

- index de complexité relative des soins dispensés
- index de gravité des pathologies traitées
- index d'adéquation des patients et des pathologies aux lits occupés

4°) indicateurs économiques :

évolution économique des équipements de soins et de confort ainsi que des coûts de fonctionnement de la structure

5°) validation de l'objectif régional :

comparaison des structures d'activités médicales entre elles et vérification de la cohérence régionale

Des ajustements pourraient s'avérer nécessaires afin d'intégrer des variables discriminantes d'évolution de l'état sanitaire global de la population locale. De cette manière, l'hôpital pourrait adapter ses activités, tant en terme de prévention qu'en matière de collaboration avec des services de santé (réadaptation et réhabilitation). Les innovations technologiques et la prise en compte des facteurs liés aux évolutions de la biologie humaine et des styles de vie (cfr chap III.3.4) devraient pouvoir être intégrés dans les contrats d'objectifs établis "localement". Pour un CHU, le rayonnement international peut faire partie de la zone d'attraction.

Les méthodes d'évaluation associées aux règles de financement doivent être cohérentes par rapport aux finalités. **Ceci nous ramène bien aux concepts de base des méthodes d'analyse stratégique qui ne s'élaborent qu'à partir de finalités claires et non l'inverse.**

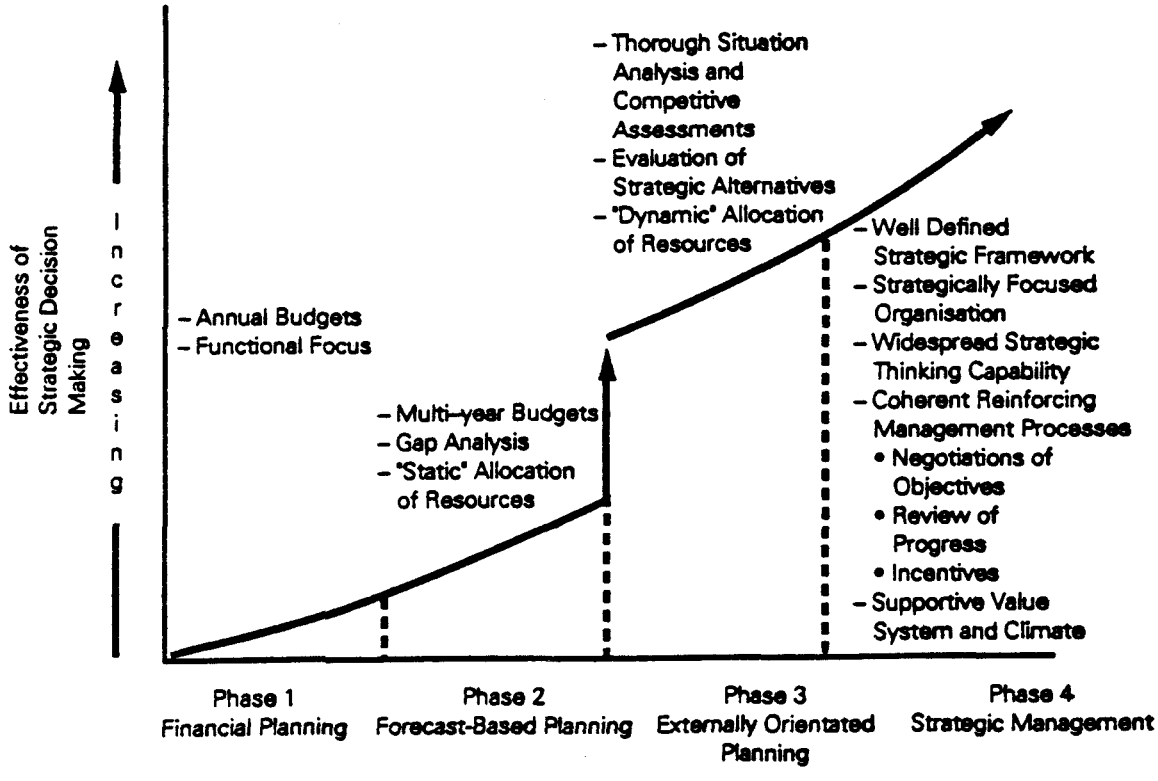
"Il n'y a pas de vent favorable pour celui qui ne sait où il va" ***(Sénèque).***

"Un plan qui ne comporte pas les moyens de sa mise en oeuvre n'est que réflexion stérile" ***(De Gaulle).***

"Il n'y a rien de plus terrible que d'avoir un très mauvais plan et de l'appliquer à la perfection" ***(Goethe).***

Le schéma d'évolution du management stratégique présenté par Th. MARX (General Motors Corporation et Université de Détroit - 1991), nous donne une description plus explicite des différents stades de maturité traversés lors de la mise en oeuvre du management stratégique. La typologie attire notre attention sur les obstacles pouvant survenir au cours de ce processus (notamment le saut conceptuel et les résistances au changement entre la phase 2 et 3).

Les quatre phases du développement du management stratégique peuvent se résumer dans un diagramme (118). Ce modèle n'est probablement pas directement transposable au contexte hospitalier universitaire européen. Nous savons qu'il n'y a pas de norme en matière de management stratégique puisque l'action se situe dans le domaine de la praxis.



Source: Adapted from F. Gluck, S. Kaufman, and A. S. Walleck, "The Four Phases of Strategic Management," *The Journal of Business Strategy* (Winter, 1982), p. 11.

Les avantages du management stratégique ne commencent à apparaître que lorsque l'entreprise atteint le niveau 3 de maturité. En phase 4, tous les principes du management stratégique sont parfaitement mis en oeuvre.

On découvre également un saut conceptuel entre le niveau 3 et le niveau 2. Cela suppose la maîtrise de nouvelles méthodes qui s'accompagnent de changements organisationnels.

Les premiers obstacles consistent à prendre en charge les frais de mise en place des systèmes de planification alors que les bénéfices ne pourront être attendus qu'à terme. Il est donc souhaitable de franchir rapidement les trois premières phases.

Les deux premières phases se traversent encore assez facilement, mais le passage à la troisième nécessite beaucoup de formations, d'analyses de l'environnement extérieur et de la concurrence ainsi que différents inventaires (forces et faiblesses,...). Les plans y sont également élaborés. Les obstacles apparaissent (inertie, lutte d'intérêts, aversion au risque,...). **Beaucoup d'entreprises abandonnent à ce stade. Les causes d'échecs sont à rechercher dans les dysfonctionnements du système de pilotage du projet stratégique.**

Le management stratégique se différencie des processus traditionnels de planification (16). La planification stratégique était qualifiée de "déterministe". Dans le processus de planification, on fixait comme des paramètres de l'action, les objectifs que l'entreprise pensait devoir atteindre et, immédiatement après, on adaptait les actions qui étaient censées y conduire.

Pour A. MARTINET, quelle que soit leur qualité, les structures s'épuisent sous l'effet de l'usure "normale" et des progrès qui se manifestent dans tous les domaines. Une entreprise ne peut assurer sa pérennité qu'en restaurant ses potentiels produits et

ses marchés nouveaux, ses technologies et processus, ses structures et ressources humaines requalifiées, ...

Pour A. MARTINET, de fréquentes erreurs sont en effet commises, en attribuant les mauvais résultats de l'entreprise à un manque d'efficacité de la gestion courante, alors que les causes sont à rechercher dans l'insuffisance du potentiel.

La restauration du potentiel de l'entreprise en termes de Produits/Marchés, l'innovation par les technologies ou les processus (normes d'assurance qualité, par exemple), et l'adaptation des structures et de requalification des personnels, ainsi que l'exploitation de ce potentiel concourent à établir ce potentiel.

L'hôpital universitaire, l'hôpital général, l'hôpital psychiatrique, l'hôpital gériatrique, l'hôpital pédiatrique identifieront, probablement, des variables spécifiques pour restaurer ce potentiel. Ceci n'exclut pas que certaines d'entre-elles peuvent être identiques.

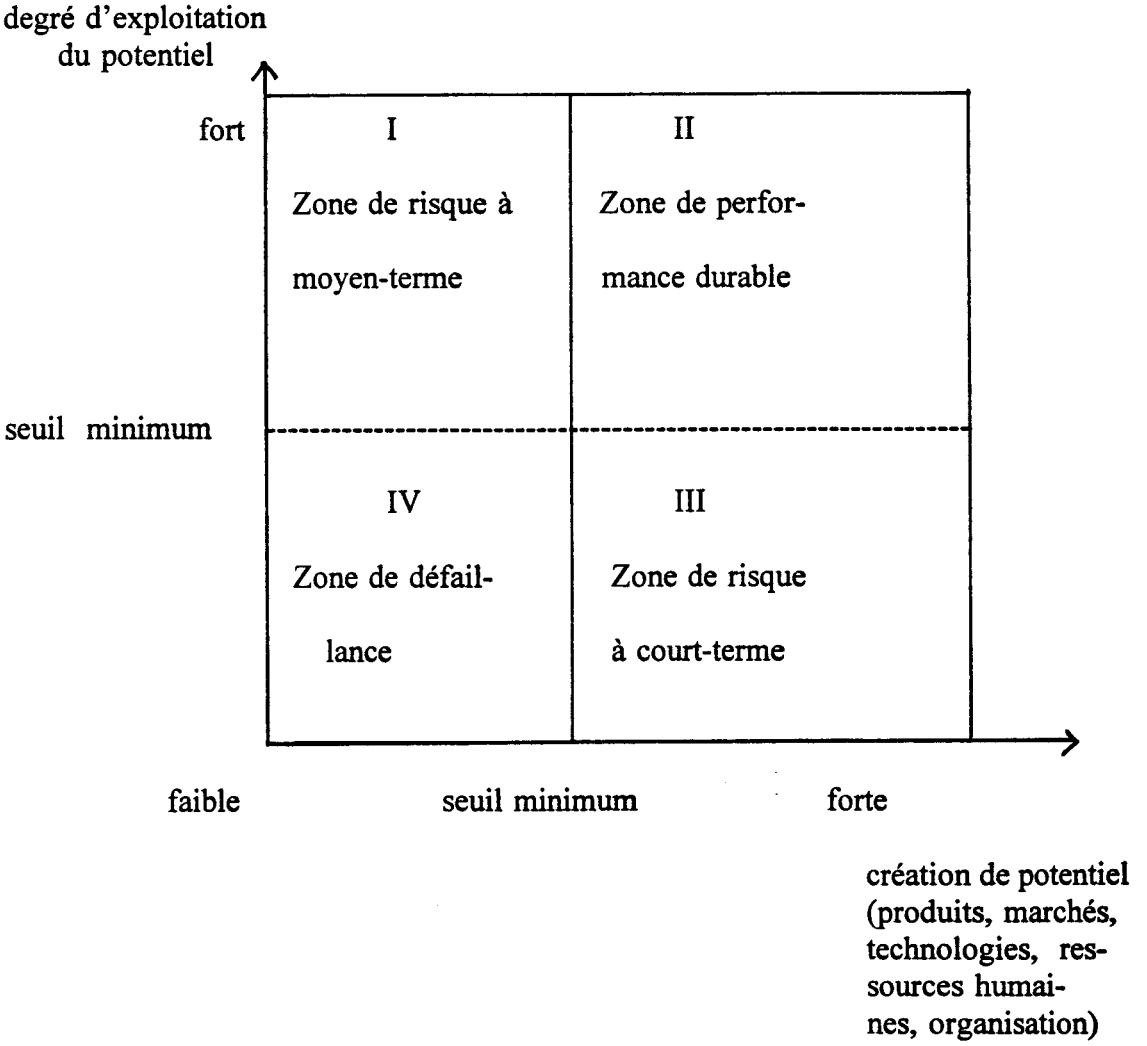
Le management stratégique est donc inséparable de la notion d'investissement prise au sens large.

L'entreprise pourrait favoriser la gestion opérationnelle à court-terme et hypothéquer sa pérennité. Plus généralement, en étalonnant ces deux composantes du management en fort et faible, nous dégageons 4 zones dans lesquelles l'entreprise peut se situer.

Une analyse instantanée du positionnement de l'entreprise peut s'avérer utile pour ajuster le compromis gestion opérationnelle/management stratégique dans les préoccupations des Directions. Nous savons, en effet, que les décideurs passent **séquen-**

tiellement d'un mode de raisonnement stratégique au mode opérationnel et vice-versa.

Le diagramme de positionnement du processus de décision, sur base de ces 4 zones, devrait traduire assez fidèlement la réalité des situations (48).



Le seuil minimum de création de potentiel pourrait correspondre à la moyenne des taux d'investissements (budgets pour les technologies, les infrastructures pour des activités nouvelles, les formations, ...) alors que le seuil minimum d'exploitation du potentiel serait représenté par la moyenne des marges brutes d'exploitation. Pour les hôpitaux, cela suppose un partage de l'information par un accès aux comptes d'exploitation et de bilans, au niveau national voire international.

Cependant, si l'hôpital ne dispose pas de telles informations pour faire des comparaisons horizontales, il peut au moins faire sa propre analyse des tendances sur le plan longitudinal. Il pourrait alors détecter si son style de management l'amène vers une zone à risque à plus ou moins court terme ou, au contraire, si sa performance s'améliore de façon durable.

Pour un hôpital, le diagramme de A. Ch. MARTINET permet également de savoir s'il développe suffisamment sa politique d'innovation sur ses produits/marchés, ses processus, ses technologies, par la requalification de son personnel ou de ses systèmes de gestion, ...

A priori, pour les hôpitaux publics français, le poids des contrôles effectués par les tutelles ne devrait pas leur permettre de se situer en phase II ou III, mais plutôt en phase I ou IV, compte tenu des freins existants tant au niveau des budgets de fonctionnement que des budgets d'investissement :

Zone I : - hôpital bien géré du point de vue opérationnel (bonne gestion des salles d'opérations, bonne installation des équipements lourds diagnostiques et thérapeutiques, bonne productivité des ressources humaines, efficacité dans la sélectivité du recrutement des patients, en fonction des domaines de spécialisation, ...)

- équilibres financiers satisfaisants
- l'entreprise a peu investi durant les dernières années
- taux d'innovation proche de zéro
- peu de renouvellement dans les ressources humaines et peu de formation
- risque de déclin en zone IV à terme et nécessité d'une conversion rapide des ressources financières en investissements de potentiel : (acquisition de brevets, engagement de nouveaux spécialistes, lancement de nouvelles activités et de programmes de développement, soit pour les activités, les marchés (nouveaux types de pathologies, nouveaux besoins pour certaines catégories de patients, ...), nouvelles technologies, nouveaux modes de gestion,.... .

Zone II : - hôpital qualifié de durablement "performant"
- réinvestissement continu et maintien du potentiel de développement
- gestion opérationnelle saine permettant d'obtenir de bons résultats à court-terme: maintien de l'équilibre budgétaire et d'une capacité de développement du potentiel autre que technologique ou immobilier (innovation au niveau des activités protocoles plus performants, ...), innovation des modes de gestion (assurance qualité, ...) amélioration des processus, adaptation des structures, requalification du personnel, ...
- poursuite des efforts en identifiant les menaces concurrentielles qui pourraient remettre en cause cette situation.

Zone III : - "entreprise en crise de croissance", c'est-à-dire ayant trop investi pour assurer le développement et se trouvant en position financière défavorable

- gestion courante souffrant de l'agitation et du manque de stabilité (changements perpétuels nuisant à l'efficience)
- besoin d'amélioration de l'exploitation du potentiel de l'entreprise, de la productivité et de la rentabilité pour rééquilibrer les taux d'endettements.

Zone IV : - l'hôpital s'est laissé acculer au déclin par le manque d'efficacité de sa gestion opérationnelle et son potentiel de développement est faible. Il manque de ressources financières pour prendre des initiatives stratégiques en investissant (nouvelles activités ou spécialisations pour de nouvelles pathologies, acquisition de nouvelles technologies, investissements immobiliers, mise en application des nouveaux systèmes de gestion exigés par l'environnement concurrent ou les tutelles, ...)

En effet, si les mécanismes de subsidiation constituent la règle pour les hôpitaux, une partie de l'investissement est remboursée via les budgets de fonctionnement (quote-part affectée à l'amortissement). Une capacité d'auto-financement suffisante est nécessaire pour la concrétisation d'emprunts.

- négocier un plan de rattrapage avec les banques, les fournisseurs, les tutelles pour permettre une restauration progressive de la position et retrouver une petite marge de manoeuvre. Ensuite, les initiatives prises limiteront les risques et les scénarii seront analysés avec beaucoup de soin.

Le niveau de performances des entreprises étant multicritère, AUSAFF et STEINER n'ont pu attribuer à la planification stratégique l'étiquette de variable explicative, mais des corrélations significatives ont pu être mises en évidence.

	non planificateurs	planificateurs	degré de liberté (dl)	signification du test de student
Résultats moyens réalisés * marge nette	3,3 %	3,5 %	22	0,43
* rendement des actifs	4,1 %	6,6 %	19	0,04
* rendement des fonds propres	8,3 %	13,3 %	19	0,05

On observe donc qu'une entreprise ne réalisant aucune démarche de programmation ou de planification est moins performante.

Il va sans dire que pour être opérante, la stratégie nécessite une réflexion. Les contraintes, auxquelles sont soumis les hôpitaux, peuvent devenir des opportunités concrètes et des menaces réelles pour ses concurrents. **Adapter ses structures internes et modifier le contenu de sa stratégie en raison des imprévus rencontrés, est le fondement du processus d'"ordre par le bruit" tel que VON FOERSTER l'a décrit.**

Cependant, il y a un paradoxe apparent. D'une part, il faudrait attendre que l'information soit suffisamment complète pour en permettre un bon usage et d'autre part, il ne faut pas perdre trop de temps et éviter les surprises stratégiques.

On peut résoudre ce paradoxe en modifiant l'usage que l'on fait des informations stratégiques. Si l'on accepte de traiter des informations mosaïques, au lieu d'attendre que le processus de développement stratégique précise les renseignements nécessaires, nous définissons les plans d'action possibles dès qu'une information formulée sous forme de menace/opportunité est captée.

Au début du cycle de développement d'une menace, le plan sera flou et veillera à ajuster la flexibilité stratégique de l'entreprise. Au fur et à mesure, l'information se précisera et permettra éventuellement d'agir directement en fonction de la menace ou de l'opportunité.

Les premières actions accéléreront l'apparition de la menace ou de l'opportunité mais le projet sera mieux planifié et exécuté car il aura été bien préparé.

Il s'agit d'un processus d'amplification et de réaction aux signaux faibles (111).

Au départ, il faut scruter l'étendue des signaux faibles susceptibles d'entraîner une surprise stratégique. Ensuite, cette menace ou opportunité se précisera.

Chaque segment stratégique défini en termes de produit/marché/technologie relativement indépendants est caractérisé par des tendances et des menaces/opportunités spécifiques (aspects juridiques, régulations politiques, évolutions des produits et pathologies, aspects structurels et conjoncturels, innovations technologiques, maturité sur la courbe d'expérience,...)

Les priorités d'actions face à plusieurs menaces ou opportunités ne sont pas uniquement déterminées par le délai d'évolution de chaque menace ou opportunité. Elles sont, en partie, déterminées par l'urgence établie en comparant le délai d'évolution et le temps de réponse nécessaire pour agir.

La planification stratégique n'utilise que les signaux forts et s'inscrit dans un cadre bien défini. Elle se déroule généralement selon un calendrier assez rigide. De plus, elle se focalise sur des problèmes de produit/marché/technologie, alors que le management stratégique considère toutes les menaces quelles que soient leurs origines.

La planification stratégique reste cependant indispensable pour fixer les orientations générales de l'entreprise au départ des signaux forts alors que le management stratégique réduit les risques de surprise et a un caractère dynamique et permanent.

Nos cultures occidentales nous ont habitué à réagir en terme de contrôle et de rationnement, lorsque des difficultés financières apparaissent (112). Il nous arrive moins fréquemment de réfléchir en terme de prévention, pour analyser les possibilités de rationnalisation ou de restauration de recettes nouvelles. En remontant aux racines des problèmes ou en innovant en matière de management, nous pouvons adapter notre offre de service de manière prospective.

Les études rétrospectives de type "Peer Review", par exemple, ne permettent pas nécessairement d'intégrer les innovations des techniques et des procédures médicales pour favoriser les pratiques plus efficaces en matière de qualité des soins, dès les premiers symptômes d'une maladie.

L'expérience des "Professional Standards Review Organizations" comme le programme de "Peer Review" aux Etats-Unis, instauré depuis 1972, en est un exemple marquant : il ne parvient ni à améliorer la qualité des soins, ni à maîtriser l'inflation des dépenses (113).

Les causes d'échec mises en évidence sont :

- jugements instables de ces approches ponctuelles,
- l'audit médical s'avère peu valide,
- les comportements des médecins ne se modifient pas par le Peer Review,
- ambiguïté dûe au fait de traiter à la fois de la qualité des soins et de l'utilisation des ressources (avec une certaine méfiance de la part des médecins),
- absence de responsabilisation et de transparence de la démarche.

Le système d'évaluation par les DRG américains relève de la même démarche.

Le management stratégique a pour objet d'examiner de façon critique les stratégies qui ont été développées précédemment, à la lueur des évolutions qui se sont produites et d'étudier si d'autres stratégies ne seraient pas plus appropriées, compte tenu du nouveau contexte. Il s'agit en fait de se positionner systématiquement vis-à-vis des évolutions épidémiologiques, des attentes des patients, des attentes des prescripteurs, des besoins des structures situées en amont ou en aval de l'hospitalisation, des exigences des tutelles, des initiatives d'hôpitaux concurrents,...

Alors que par la planification stratégique, la réflexion concerne uniquement les stratégies externes de l'entreprise, le management stratégique s'intéresse aussi à la définition des stratégies internes. Ces stratégies internes sont relatives à l'organisation (ex. gestion des processus pluridisciplinaires), à l'animation du projet

d'entreprise (ex. gestion budgétaire, gestion de la qualité, ..), et à la finalisation de l'entreprise (ex. communication des buts, partage des valeurs, ...)

Elles ont pour objet, soit de créer des conditions permettant la mise en oeuvre de stratégies externes, soit de développer un potentiel qui sera exploité ultérieurement. (16)

La réflexion stratégique est décentralisée dans les unités opérationnelles auprès des personnes qui seront ensuite responsables de la mise en oeuvre des stratégies élaborées et n'est plus centralisée auprès de la Direction Générale. *Les décisions d'actions sont élaborées par ceux qui auront à les mettre en oeuvre, au travers d'un processus participatif "bottom-up" et ensuite "top-down"* (via un programme annuel de validation et un programme triennal de reconception, par exemple) (16).

On ne peut plus ignorer les menaces potentielles qu'un évènement donné peut faire peser sur l'entreprise. Il convient d'en prendre conscience, de les analyser et d'étudier comment on pourrait les contrecarrer, au cas où elles se matérialiseraient.

En anticipant les événements, on peut transformer les contraintes en atouts, et se comporter de façon offensive plutôt que défensive. (ex: Normes d'assurance qualité pour les laboratoires, la radiologie,...) En effet, il faut faire évoluer l'état d'esprit et le comportement du personnel dans l'entreprise pour réagir offensivement face à un événement porteur de changement.

La gestion stratégique ne se limite pas à faire de la planification, du diagnostic global et de la formulation de réorientations (17). Dans un environnement turbulent, elle consiste moins à programmer à l'avance les décisions qu'il faudra prendre dans le

futur que de **s'assurer que les décisions prises en temps réel convergent pour construire le devenir de l'entreprise.**

Critères de succès de la vision stratégique (17) :

- être suffisamment concrète et précise pour pouvoir servir lors de la prise de décision
- être indépendante des éléments opérationnels
- être constituée de critères financiers, technologiques, commerciaux, sociétaux,... (ne pas être réduite à la seule dimension financière)
- être en adéquation avec les conditions de l'environnement
- être partagée et permettre des prises de décisions opérationnelles qui n'obèrent pas le devenir.

Soumise aux rendements décroissants, nul doute que pour l'entreprise, la course à la technologie n'a jamais été aussi intense. Les filières technologiques se ramifient et provoquent une remise en cause rapide des métiers.

Les spécialistes du PIMS prétendent que la préférence pour des stratégies d'adaptation au marché tend à diminuer la propension de l'entreprise à innover.

La gestion de l'innovation est vraiment complémentaire à une approche centrée sur les besoins de ses clients. Les progrès techniques accélèrent l'obsolescence des produits en annulant l'effet d'expérience et/ou les investissements passés.

Le management stratégique s'appuie sur le processus d'information de telle sorte que les acteurs puissent détecter très tôt les événements qui se produisent dans leurs environnements.

Il exige également que le personnel de l'entreprise, et plus particulièrement le personnel d'encadrement, adopte un certain nombre d'attitudes communes :

** **être en état d'éveil permanent** à l'égard de ce qui se passe, non seulement à l'intérieur mais aussi à l'extérieur de l'entreprise (tutelles, tiers payant, sociétés scientifiques, ...)

** **s'interroger constamment sur ce qu'ils observent** en exerçant leurs facultés critiques et leurs facultés créatives

** **communiquer entre eux,** c'est-à-dire accepter de diffuser les informations qu'ils détiennent, de prêter aussi attention aux informations qu'ils détiennent, ainsi qu'aux informations qui leur sont transmises (par leurs subordonnés notamment)

** **avoir la volonté de réagir** aux informations qui leur parviennent en s'efforçant de tirer parti des événements, compte tenu de la vision qu'ils ont de l'entreprise

Ce processus a peu de chance de succès sans la "volonté des dirigeants" ou en l'absence de valeurs prégnantes constituant le référentiel commun.

"Toute décision est la conjonction d'une compétence et d'une information." (F. Bloch - Lainé (26)).

II. 2. 2. Le système d'information stratégique

Pour définir cette notion complexe, il convient de préciser ce qu'on entend pour chacun des termes.

La définition adoptée pour décrire un système sera celle de L. VON BERTALANFFY (22) :

"Un système est un ensemble d'éléments organisés en interactions complexes en vue d'une finalité dans un environnement changeant".

La manière dont l'information est mise en oeuvre et véhiculée fait davantage référence aux systèmes de communication internes et externes.

De même, l'information se différencie d'une donnée dans la mesure où elle remplit un rôle. Une donnée est brute et n'a pas de dimension, alors qu'une information a un sens spécifique (105).

Dans notre cas, la dimension s'ajoutant à la donnée pour en faire une information est de nature stratégique.

" Une information n'a de valeur que si elle contribue à modifier sensiblement les conséquences d'une décision" (8)

Derrière la notion d'information, on découvre immédiatement des éléments d'**utilité** (26).

L'information stratégique doit pouvoir faire gagner :

- du temps

- de l'argent

- de la connaissance pour une action ou une décision.

Dans un contexte de prise de décision stratégique par des Dirigeants, **l'utilité renferme un caractère relatif par rapport aux objectifs et actions du moment.** Elle varie en fonction de l'attitude face au risque et se définit difficilement comme un concept générique et intrinsèque.

Les **entreprises gagnantes** auront la capacité de **percevoir les marchés et les concurrents tels qu'ils sont plutôt que tels que l'organisation souhaiterait qu'ils soient,** afin d'identifier les évolutions pertinentes et de définir la réponse appropriée.

P. DRUCKER *: "L'information est avant tout un principe d'économie. Tout ce qui dépasse ce qui est strictement nécessaire, amène l'arrêt de l'information. Ce n'est plus un enrichissement mais un appauvrissement".*

Les responsables de Neyrpic ne scrutent l'environnement qu'autour d'un projet:

"S'informer n'est pas une fin en soi; l'information doit être au service de l'objectif principal du projet ".(2)

Un service d'information est très différent d'un service de renseignement. **Un service d'information est la somme de toutes les connexions d'un individu ou d'une organisation avec le monde extérieur.** Cela inclut les journaux qu'on lit, les

communications téléphoniques que l'on passe ou que l'on reçoit, les gens que l'on rencontre, les faits notés par les gens qui comptent dans l'entreprise au cours de leur voyage d'affaires, tout ce qui peut fournir à une organisation ou à un individu, des faits, des chiffres ou données quels qu'ils soient sur son environnement externe. Il n'existe aucun individu ni aucune organisation qui ne possède son propre système d'information.

L'information est le contenu cognitif que nous déduisons des signaux qui sont perçus par nos sens.(107)

Le cognition dépend de chaque individu et le traitement des données à l'état brut tient compte des programmes stockés dans notre mémoire (référentiel, capacité à réorganiser les données avec d'autres informations,...). (17)

Pour qu'une certaine réalité complexe arrive à être présente dans notre tête sous forme d'images mentales et forme un tout sur lequel nous pouvons raisonner, réagir et communiquer avec nos semblables, nous devons tranformer cette réalité en représentation ou "système de représentation" (21).

D. GENELOT constate dans certains travaux empiriques qu'il a pu mener que, lorsque les dirigeants s'attellent à un travail formel d'analyse du marché, des avantages concurrentiels, des forces et des faiblesses, les travaux se déroulent assez facilement. **Par contre, ce qui pose bien problème, c'est la formulation des représentations (ou "images" ou "paradigme") qu'ils se font du futur de l'entreprise.**

Ces représentations sont elles-mêmes complexes. Il s'agira plutôt des représentations d'un comité stratégique multidisciplinaire. En effet, c'est un bon moyen pour développer les capacités cognitives et permettre de repérer les langages et les pratiques

spécifiques (informations mosaïques spécifiques aux activités des professionnels de l'hôpital, informations structurées permettant le travail formel d'analyse du marché, informations structurées d'ordre financier, ...).

Pour l'hôpital, cela signifie que le sommet stratégique sera nécessairement composé de professionnels et de gestionnaires. La notion de professionnels est prise au sens utilisé par MINTZBERG et ne se limite pas aux seuls médecins (médecins et paramédicaux).

Pour se convaincre de cette nécessité, il suffit d'imaginer toutes les informations à intégrer pour prendre une décision de développement d'un domaine de spécialisation d'un hôpital universitaire. Il en sera de même pour décider d'investir dans un grand projet, ...

L'INFORMATION STRATEGIQUE sera celle qui contribue à orienter de façon déterminante et pour le long terme, les activités et la structure de l'organisation.

On peut définir 2 classes d'information (21) :

- l'information structurée
- l'information mosaïque

L'*information structurée* est constituée d'éléments reliés entre eux par un schéma logique déductible (ex: ratios pouvant être établis au départ d'éléments de comptabilité).

L'*information mosaïque* est constituée d'éléments fournis par des messages ou des signaux qui frappent notre conscience de manière aléatoire. Notre mémoire ne peut y faire appel que par un processus d'association (ex: informations récupérées lors de nos conversations, visites). Ce genre d'information est particulièrement important au

cours des missions d'observation faites sur le terrain.

L'information acquise exige une double évaluation avant d'être exploitée :

- valeur de la source de renseignement
- valeur intrinsèque de l'information

Valeurs de la source (5)

1) sa richesse varie en sens inverse de l'étendue du domaine balayé
2) sa performance dans le temps
3) sa fiabilité (un stand d'une entreprise dans une exposition ne reflète pas l'état de la technologie mais ce qu'elle veut bien nous montrer). **Il faut toujours s'informer dans la langue du pays (19).** Le Japon est connu pour livrer en pâture aux étrangers des textes en anglais fabriqués dans un but "d'intoxication".
4) sa discrétion caractérise la capacité de fournir de l'information sans attirer l'attention de la concurrence ou sans en révéler les origines. Les services de veille sérieux s'obligent à n'avoir qu'un seul client par secteur afin de respecter cette règle déontologique.
5) sa vulnérabilité est fortement dépendante de la discrétion et caractérise l'aptitude d'une source à être mise hors d'état de fournir des informations.

Les menaces technologiques latentes naissent au niveau des laboratoires scientifiques (centres de recherche techniques, conférences et séminaires scientifiques, bibliographie scientifique, experts,...). Il est également nécessaire de faire sans cesse le point de son secteur d'activité au niveau des innovations technologiques (10).

"On peut pardonner à quelqu'un d'avoir été battu, pas d'avoir été surpris".

FREDERIC LE GRAND (11).

Pour E. MORIN: *L'ignorance de l'incertitude conduit à l'erreur. La connaissance de l'incertitude conduit, non seulement au doute, mais aussi à la stratégie (23).*

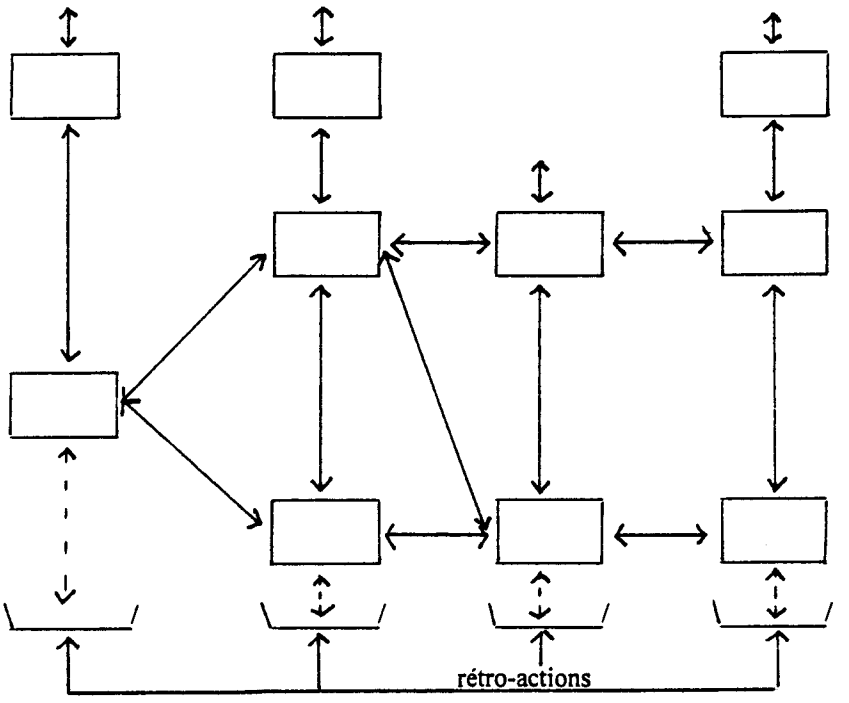
Plus la prise d'informations se fait en amont dans le processus, plus on diminue le risque de "surprise stratégique" au niveau de menaces technologiques.
Bien entendu, pour rechercher cette information en amont du processus, il faut parler le langage des spécialistes et situer la réflexion en harmonie avec leur système de représentation. Pour des innovations médicales, les médecins seront impliqués. Pour des innovations des structures ou systèmes de gestion et de financement, les gestionnaires seront impliqués dans le processus de veille.

Ces constats sont valables également en matière d'innovation sur les principes et méthodes de management (innovations sur les produits/services, les marchés, les styles de management et d'organisation interne de l'entreprise, l'assurance qualité, ...)

Le suivi des informations structurées (de type financier ou des tendances de parts de marchés, ...) ne deviennent possibles que lorsque les signaux deviennent des faits. A ce moment, le degré de liberté de l'hôpital est très réduit et l'environnement est devenu strictement concurrentiel. Il faut donc anticiper la recherche des évolutions de l'environnement (en termes de menaces, opportunités, forces et faiblesses), en utilisant d'autres méthodes de recueil d'informations (réseau de relations, enquêtes, ...).

Cycle de communication d'une innovation ou d'une menace technologique (110)

Recherche fondamentale	Recherche appliquée	Prototypes et tests	Mise en application à grande échelle	
-Universités -Laboratoires industriels -	-Hôpitaux universitaires -Laboratoires industriels -	-Hôpitaux universitaires -Laboratoires industriels -Hôpitaux généraux - ...	-Hôpitaux universitaires -Hôpitaux généraux - ...	Lieux de développement



Processus d'échange d'informations entre hôpitaux, centres de recherche, autres acteurs des micro, meso, et macro environnements (voir III. 3.d.)

-Programmes recherches scientifiques -Colloques et conférences -Bibliographie scientifique -Chercheurs de la concurrence -Banques de données - ...	-Banques de données -Programmes de recherche scientifique -Revues spécialisées -Colloques et conférences -Ministères, ... -Chercheurs et employés de la concurrence -Consultants -Médecins/ chercheurs -Médecins spécialistes des hôpitaux univ. (recherches multicentriques en phase 2 ou 3) - ...	-Séminaires des concurrents -Salons spécialisés -Délégués commerciaux -Publications spécialisées -Brevets et normes -Ministères -Banques de données -Plaquettes publiées par les concurrents -Consultants -Médecins spécialistes (en phase 2 ou 3 : introduction d'un médicament dans une nomenclature nationale) - ...	-Publications générales -Inaugurations -Grande presse et médias -Fournisseurs -Patients -Médecins généralistes (en phase 4 ou "alimentaire" d'une recherche pharmacologique, p. ex.) -Consultants - ...	Sources d'information

La réalité perçue de l'environnement par un observateur de l'entreprise le force à s'ajuster à cette réalité qu'il reconstruira de plus en plus complètement par ses observations. (18)

"En parlant de nos affaires, nous n'apprenons pas seulement beaucoup d'autrui, mais aussi de nous-mêmes. L'esprit achève ses propres pensées, en les mettant au-dehors." (Louis XIV).

La réorganisation de l'information perçue (le renseignement) permet d'établir une représentation des phénomènes qui nous concernent et nous fait évoluer sur notre courbe d'expérience. C'est qu'on appelle parfois la "boucle d'apprentissage".

Tout système complexe, telle une entreprise, est en interaction avec de multiples environnements mouvants. Il passe par des phases de stabilité relative, de crise et de changement (17). Cette stabilité relative (équilibre dynamique) inclut un phénomène d'adaptation et d'apprentissage collectif.

Ces constatations vont à l'opposé de la vision analytique, à laquelle nous avons été conditionnés depuis trois siècles par la pensée cartésienne et qui nous a conduit à considérer le monde comme une réalité finie, que l'homme pourrait un jour dominer complètement.

Chaque époque de l'histoire produit par ses pratiques sociales, son langage et son expérience du monde une structure imaginaire. Il s'agit d'une certaine vision du monde qui sert de cadre de référence et de modèle fédérateur à toutes les pensées "normales" de l'époque.

Notre système de représentation sélectionnera, par exemple, toutes les informations d'une certaine nature (ex: données financières, médicales, ...) dans un certain ordre.

Si notre transformateur est "professionnel", nos représentations seront "professionnelles"; s'il est comptable, nos représentations seront comptables, etc...

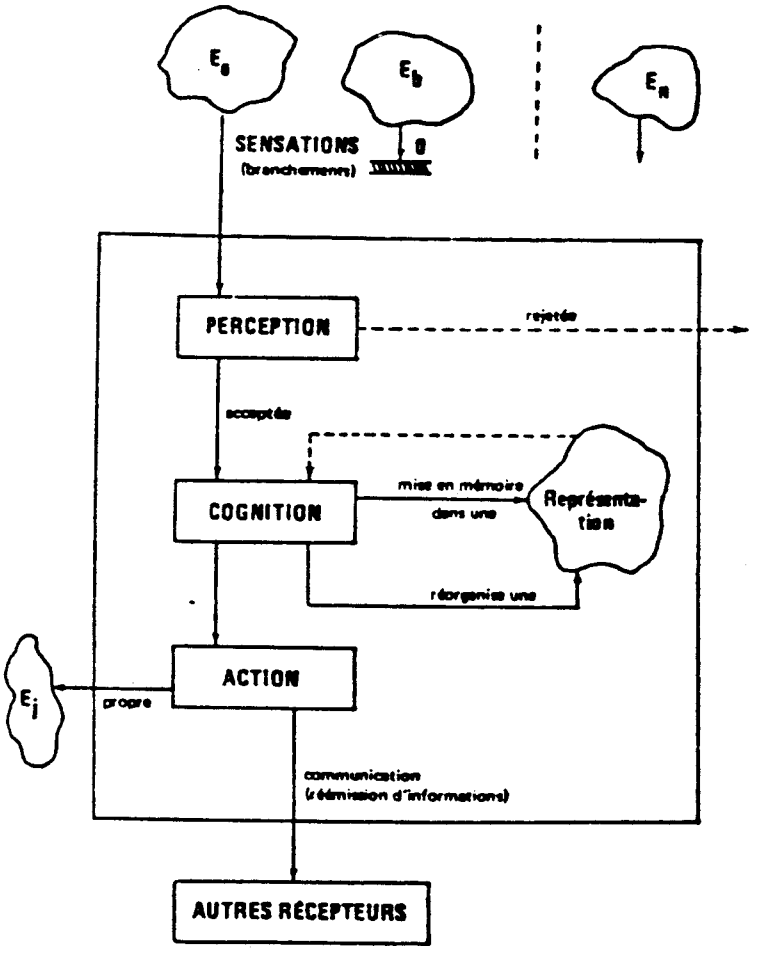
Nos représentations seraient "isomorphes" à notre système de représentation. *(21) Une partie de nos systèmes de représentation échappe complètement à notre contrôle. Elle proviendrait de la part innée de notre personnalité, à laquelle nous ne pouvons pratiquement apporter aucune modification.*

Pour décoder l'information signifiante provenant des environnements, il est nécessaire d'agir sur ceux-ci pour accroître sa connaissance, ses possibilités de contrôle et d'obtention de réponses favorables. *Il devient donc indispensable de s'insérer dans des réseaux de relations privilégiées.*

L'information exige l'existence de communications, de codes, d'échanges, ce qui sous-entend une organisation. L'information et l'organisation sont des concepts indissociables.

Les organisations définies sans prendre en compte les flux d'informations engendrent de nombreux dysfonctionnements. L'information est relationnelle et implique une bonne circulation des flux entre couples clients / fournisseurs.

Représentation du système de communication des informations pour une entreprise considérée comme un système complexe ouvert sur des environnements mouvants (17).



Ce schéma reprend l'organisation informationnelle entre plusieurs émetteurs et un récepteur. Dans la réalité, un service comporte plusieurs récepteurs qui peuvent communiquer entre eux et l'émetteur peut également être constitué d'un groupe d'individus communiquant avec différents services de l'entreprise.

Le **système** d'information apparaît donc comme l'ensemble des organisations informationnelles fonctionnant simultanément.

L'information "critique" représente, quant à elle, la partie essentielle de l'information utile. Celle dont on ne peut se passer pour prendre une décision. Si cette information critique faisait défaut, l'occurrence de risques majeurs atteindrait des seuils inacceptables à court terme.

Lors de sa recherche effectuée à l'Université de Strasbourg en 1978, Jean ARROUS a pu vérifier d'autres caractéristiques liées à la notion d'information (37).

Pour lui, l'information est un flux qui vient s'accumuler en un stock dans notre mémoire. Il fait référence à K.E. BOULDING, pour qui le savoir est à l'information ce que le capital est au revenu. Le savoir qualifie donc l'information entendue comme un stock.

Cependant, l'information ne peut être considérée comme un produit répondant aux lois du marché du fait des propriétés d'indivisibilité, d'inappropriabilité et d'incertitude qui la caractérisent.

<u>indivisibilité</u> :

- le décideur ne connaît pas la valeur de l'information tant qu'il ne la possède pas
- l'utilité marginale n'est pas nécessairement décroissante avec le volume de l'information collectée. Il se peut que ce soient les dernières données recueillies qui soient les plus pertinentes.
- le coût de l'information est le même quelle que soit l'échelle sur laquelle le collecteur opère.

inappropriabilité :

- en terme de relation client/fournisseur, l'information est transmise du vendeur à l'acheteur. Elle reste encore entre les mains du vendeur contrairement à un bien de consommation.
- toute personne qui dispose d'une information ne la perd pas en la transmettant et nul ne peut être assuré d'être à jamais l'unique dépositaire d'une information donnée.

incertitude :

- l'information est imparfaite parce qu'on ne dispose pas, à un instant donné, de toute l'information dont nous aurions besoin pour prendre notre décision.
- on peut douter de la possibilité de toujours remettre sa décision, dans la mesure où il faut interrompre à un moment donné ses investigations. La décision sera donc prise à l'aide d'une information qui ne peut être qu'imparfaite. La propriété d'incertitude fait également référence à la notion de rationalité limitée.

L'homme décide de façon séquentielle et choisit pour chaque problème qu'il a à résoudre la première solution qui correspond pour lui à un seuil minimal de satisfaction. (27)

Ces informations imparfaites constituent souvent ces **"signaux faibles"**. Ceux-ci sont utiles pour éclairer les options futures. **Ils ont peu de lien avec le passé de l'entreprise** et sont de nature qualitative, car les faits auxquels ils se rapportent ne sont pas nécessairement réalisés ou bien ne sont pas encore connus de façon chiffrée. Ils sont donc fragmentaires et incertains et il ne faut pas les attendre. Il faut aller les chercher par tous les moyens de veille disponibles. (8)

L'évolution des systèmes d'information à réponse immédiate a souvent été conduite grâce à la conjonction d'une demande forte et d'une offre de technologie

susceptible de la satisfaire (146).

Alors que, primitivement, l'ordinateur était considéré comme un simple outil de traitement de l'information, il est désormais dévolu au rôle d'outil assistant les opérations liées à la vocation de l'entreprise.

L'information de caractère historique fournie au décideur est plus récente. La décision prise sera plus proche de la décision optimale supposée prise en situation d'information parfaite.

Cependant, selon Robert REIX, les informations stratégiques utilisées au niveau supérieur se prêtent mal à la formalisation par l'aide d'un système informatique de gestion. Les raisons essentielles sont les suivantes :

- faible répétitivité des problèmes diminuant l'intérêt d'une analyse approfondie pour la construction d'un modèle d'aide à la décision
- difficultés d'opérationnaliser les informations utilisées (absence d'indicateurs simples)
- nécessité de quantités accrues d'informations, généralement plus difficiles à acquérir et à traiter (ne correspondant plus seulement à des chiffres et des recherches documentées, mais aussi à de nouveaux concepts et à de nouvelles visions des évènements).

Les systèmes supports de la communication accroissent le temps nécessaire à la prise de décision. Cet accroissement s'explique par une augmentation de la profondeur des analyses, une diminution du consensus spontané et de la coopération.

Il est bien connu que les responsables de niveau supérieur :

- favorisent l'information sous forme verbale obtenue de sources personnelles ou au cours de réunions
- en font un usage plus proactif que réactif
- gèrent des questions plus que des personnes
- crèent des situations de décisions plus qu'ils ne prennent de décisions.

L'amélioration de la phase d'intelligence du système de décision paraît plus liée à l'évolution du schéma cognitif du décideur qu'aux moyens techniques utilisés. Ils ont donc davantage besoin de systèmes d'information de données opérationnelles agrégées que de systèmes experts d'aide à la décision.

Dans les situations incertaines, turbulentes, statistiquement instables, comme le sont souvent les projets sociaux, les *éléments exogènes prédominent.* Ils peuvent superposer à l'information issue des données un sens dont la rationalité est pour le moins douteuse.

La mobilisation des acteurs de l'entreprise peut être, elle aussi, irrationnelle. (4)

Cependant, il est devenu impératif que l'entreprise soit constamment à l'écoute de ses environnements, afin de pouvoir déceler au plus tôt les signaux faibles annonciateurs d'événements majeurs.

Le meilleur moyen de réaliser cela est d'**"activer" tous les capteurs potentiels d'informations que sont ses membres**

Pour y parvenir, il est nécessaire de (16) :

** développer l'éveil par la sensibilisation aux changements potentiels.

** susciter le désir de percevoir et d'interpréter ce que l'on perçoit en organisant le système d'information et évaluant cette tâche-clé au travers du processus de reconnaissance des mérites.

** entraîner le personnel à s'interroger en permanence sur ce qu'il voit et ce qu'il entend.

** habituer le personnel à transmettre les informations qu'il détient aux personnes qu'il pense être susceptibles d'être intéressées

Pour stimuler, renforcer et nourrir cette attitude générale d'éveil et d'ouverture à tout ce qui se passe autour de soi, il faut s'efforcer d'interpréter et de dégager des significations de ce que l'on perçoit.

On peut inciter les cadres à réserver une partie de leur temps, selon leurs orientations professionnelles et en fonction des missions particulières, à suivre la presse générale et/ou spécialisée, à se rendre dans les principales manifestations qui concernent leur domaine d'activités, à adhérer à des associations professionnelles, à participer à des cercles de réflexion, à effectuer des visites d'hôpitaux pilotes, à réaliser des missions exploratoires à l'étranger.

Conformément à la définition faite par L. VON BERTALLANFY d'une approche systémique de l'organisation, le secteur de la santé peut se définir comme étant un ensemble de structures organisées en interactions complexes, en vue d'une finalité dans un environnement changeant.

Appliquée à **l'hôpital universitaire**, cette définition mérite d'être analysée en fonction des différents sous-systèmes homogènes que l'on peut reconnaître.
Il ne s'agit pas pour nous de dégager un modèle à partir d'un certain nombre de principes quasi universels de management, mais de fixer quelques points de repère qui nous permettront d'établir des hypothèses de recherche cohérentes par rapport à notre problématique.

De même, nous n'essayerons pas de légitimer de nouvelles pratiques sans les confronter aux pratiques vécues dans le monde hospitalier universitaire. La phase d'enquête nous apportera entre autres les quelques éléments de validation indispensables. Nous ne nous laisserons donc pas séduire par des méthodes managériales et par les certitudes qu'elles peuvent nous apporter ou leur effet "recette".

Pour WIENER, en application des principes de la cybernétique, les différents sous-systèmes à considérer sont :

- les structures de soins, de financement ou de pilotage stratégique venant en amont et en aval de l'hôpital
- les procédures de "feed-back"
- les procédures de "feed-forward" ou d'anticipation

- les sous-systèmes internes de l'hôpital (opérationnels, médicaux, soignants, d'intendance, ... ou de gestion)
- les sous-systèmes de pilotage (stratégique, de gestion courante, ...).

D'autres représentations de l'entreprise existent dans la littérature. BOULDING décompose le système, ACHOOF les construit de manière figée en vue de réaliser des fins et BUCKLEY les caractérise de manière adaptative et morphogénique.

Tout comme J. MELESE, nous considérons l'approche systémique pour son intérêt pratique. Elle permet d'aborder les différentes facettes du fonctionnement de l'hôpital universitaire.

Cet état de l'art vise à replacer l'hôpital parmi la multitude de sous-systèmes avec lesquels il doit compter. Comme l'affirme Jean-Louis BEFFA, pour poser les bonnes questions face à l'avenir, pour éviter les clichés et les idées reçues, à chaque problème, il convient de répondre par des méthodes et des outils pour l'action. Cependant, l'objectif n'est pas de donner des recettes miracles. L'application d'une méthode, l'adaptation d'une organisation peut se révéler, suivant le contexte, clé du succès ou facteur d'échec (33).
Ce qui vaut pour les méthodes vaut aussi pour les qualités managériales.

Pour Michel GODET, l'essentiel, dans l'indispensable passage à l'action, reste l'appropriation, c'est-à-dire la capacité à utiliser avec clairvoyance les méthodes d'analyse et d'aide à la décision, en impliquant au maximum ceux qui doivent être les

porteurs du changement.

En effet, nous savons que pour nous permettre de faire évoluer les systèmes d'analyse et de décision, nous devons pouvoir faire évoluer notre schéma cognitif dans le contexte hospitalier.

Les conclusions que nous établirons de cet état de l'art devraient nous permettre d'identifier les hypothèses à tester par nos analyses ou par le recours aux études complémentaires déjà publiées.

Caractéristiques de l'entreprise en système semi-ouvert

L'entreprise ne se limite pas à un ensemble de collaborateurs, d'actionnaires (ou de tutelles), de moyens techniques et de clients (de patients, ...). Elle fait partie d'un ensemble plus vaste dans lequel elle trouve son utilité.

On ne peut pas la penser séparément de l'environnement culturel, économique, géographique, politique, dans lequel elle est immergée. L'entreprise tisse des interactions multiples avec toutes les facettes de cet environnement façonnant la société autant qu'elle est façonnée par elle.

Dès lors, il est fondamental de ne pas la penser comme un système clos, dont les limites sont tracées une fois pour toutes, mais de la concevoir comme un système ouvert à des transformations rapides et inattendues, capable de prendre en compte les sollicitations imprévues de l'environnement. Dans ce cas, l'entreprise devient capable de produire des actions qui transforment les contraintes ou menaces en opportunités. Par exemple, en Belgique, le laboratoire de biologie clinique qui parvient le premier à se faire accréditer selon la norme d'assurance qualité EN 45001 sera le

premier à atteindre le niveau de confiance attendu par les tutelles. Cette position lui procurera une marge de manoeuvre que les laboratoires non accrédités ne disposeront pas.

Le succès à long terme d'un hôpital dépend de sa capacité de répondre aux demandes complexes des différents intervenants du système dans lequel il s'inscrit.

Partant des principes de MASLOW ou des observations empiriques, les consultants opérant dans le secteur hospitalier résument parfois les demandes de base des intervenants directs de la manière suivante (réf. A.D. LITTLE) :

Intervenants	Demande de base
1°) Patients et membres de la famille	- sécurité, rapidité des services, clarté des explications , confidentialité, inconfort minimum, efficacité diagnostique et thérapeutique,...
2°) Tutelles	- compétence des professionnels, réalisation des objectifs budgétaires des soins de santé, haut niveau de confiance dans les prestations de l'hôpital, rentabilité des investissements,...
3°) Tiers payants	- transparence des procédures et des structures, des coûts, respect des normes budgétaires,...
4°) Médecins de famille	- accessibilité aux informations, rapidité des services, clarté des explications , efficacité diagnostique et thérapeutique, respect de règles de partenariat bilatéral avec l'hôpital,...
5°) Dirigeants d'hôpitaux	- respect du projet d'entreprise, risque contrôlé, bonne réputation, résultats de gestion en équilibre (préservation des volumes, des marges,...)
6°) Université	- respect du partenariat et des priorités de recherche et d'enseignement, ...
7°) Fournisseurs	- réputation de l'hôpital universitaire, pour l'obtention de la reconnaissance d'une molécule ou d'une technologie dans une nomenclature nationale, fiabilité et respect des procédures d'essais cliniques par l'hôpital, ...

Même si cette perception n'est pas nécessairement exhaustive, elle nous renseigne sur le degré de complexité du management stratégique hospitalier universitaire. A l'état brut, ces demandes de base peuvent paraître très technocratiques, mais chaque acteur affirme généralement la finalité collective de santé publique dans son discours.

Néanmoins, le témoignage empirique de ce cabinet de conseil, mondialement reconnu pour son expertise, confirme les observations de K.O. APPEL, relatives au déficit éthique de la discussion de la société moderne. Les formulations répondent essentiellement aux logiques d'auto-régulation.

Les résultats de recherche repris au chapitre V complètent les représentations des patients, des familles, des médecins de famille et des dirigeants des hôpitaux et confirment les attributs de base repris ci-dessus.

Les lois de la thermodynamique d'une transformation ouverte avec transvasement vers le milieu extérieur établissent que : pour un état d'origine, l'enthalpie (*) d'un système est nulle. Un système sera perturbé lorsqu'il sera soumis à une variation d'énergie interne. Dans ce cas, des échanges d'énergie s'établiront avec l'extérieur pour le faire évoluer vers un nouvel état stable (24).

Dans un système fermé, le système évolue vers une entropie (**) minimale à la recherche d'un niveau d'équilibre.

(*) Variation d'enthalpie d'un fluide = variation d'énergie interne du fluide + somme algébrique des travaux de transvasement.

(**) Variation d'entropie d'un gaz = somme des variations élémentaires de la quantité de chaleur échangée (cédée ou reçue) rapportées aux températures, aux points élémentaires de la transformation pris sur la courbe caractérisant le système.

Les principes de la thermodynamique ne sont pas suffisants pour expliquer le processus de recherche de l'équilibre des organisations humaines.

Les travaux de recherche d'Erich JANTSCH ont permis de vérifier que les systèmes humains sont des systèmes dynamiques en perpétuel mouvement vers un équilibre supérieur.

Les systèmes d'auto-équilibration sont des processus d'apprentissage permanent. Il s'agit d'un système en recherche vers une entropie maximale où plus aucune action ne serait nécessaire. Il s'agit d'un paradigme qui sert d'hypothèse d'évolution des systèmes humains et ne sera, par définition, jamais atteint (34).

Un système partiellement ouvert évolue via des phases de mutation vers un nouveau régime qui génère un nouvel écart d'énergie.

Les systèmes qui se trouvent dans un certain état de déséquilibre possèdent un degré de liberté et sont partiellement ouverts au flux d'énergie ou d'information.

Cette instabilité fait évoluer le système vers un nouveau régime qui correspond à un nouvel état de complexité. Le système acquiert de nouvelles marges de création d'entropie.

Pour E. Morin, : "Toute crise grave appelle deux types de réponses, l'une tournée vers des solutions nouvelles qui entraînent une complexité nouvelle, l'autre qui regresse vers le fondamentalisme".

Par analogie à la théorie des "structures dissipatives" développée par I. PRIGOGINE, E. JANTSCH démontre que l'entreprise est toujours à la recherche d'un équilibre supérieur au travers d'un mouvement de progression permanent. Nous pouvons effectivement concevoir que la régression vers le fondamentalisme n'est généralement pas la solution privilégiée par les Dirigeants.

Pour **Lawrence et Lorsch, dans la mesure où les structures et procédures organisationnelles tiennent compte des contraintes externes, l'entreprise atteindra un niveau de performance élevé.**

Pour reprendre le cas de l'Arrêté royal exigeant à terme l'accréditation des laboratoires de biologie clinique, selon la norme EN 45001 en Belgique, cela signifie que l'hôpital "gagnant" sera celui qui intégrera au plus tôt cette nouvelle complexité. Il pourrait, alternativement, développer des mécanismes de repli et attendre une sanction financière, avant de s'engager concrètement. Dans ce cas, il s'agirait d'une régression, puisqu'il prendrait un retard par rapport aux autres hôpitaux; ce retard étant celui de la perte d'expérience sur sa courbe d'expérience.

Les modèles cybernétiques propres à l'analogie physique des organisations ignorent la dimension imprévisible du comportement humain. Ceci vaut également pour les facteurs d'instabilité qui caractérisent les systèmes semi-ouverts.

C'est également ce que M. CROZIER et E. FRIEDBERG appellent : "système d'action concret". Pour ces auteurs, l'évolution du système et le développement de la structure se réalisent grâce aux mécanismes de régulation qui ne sont pas nécessairement des systèmes asservis répondant à des règles précises comme en cybernétique. Il s'agit de propriétés homéostatiques qui ne régulent et ne structurent pas les hommes mais les règles du jeu collectif qui leur sont offertes. (27)

Pour pouvoir élaborer, maintenir et fixer un modèle de jeu nouveau, ou pour que les acteurs concernés acquièrent les capacités collectives que suppose mais aussi détermine leur adoption du jeu nouveau, il faut rompre avec les rapports de pouvoir, les habitudes, les intérêts, les protections affectives et les modèles intellectuels préexistants.

La dose de structures et de procédures dépend des caractéristiques de l'environnement. On est forcé d'accepter la perspective du système ouvert ou semi-ouvert comme modèle pour une approche systémique de l'entreprise.

Pour M. CROZIER, le jeu ancien ne peut engendrer automatiquement ou naturellement le jeu nouveau, au contraire, il en paralyse la genèse (27).

Pour briser le cercle vicieux et ouvrir des voies, les leaders (hommes d'actions et innovateurs) ont un rôle décisif à jouer.

L'approche systémique des organisations nous conduit également à dire que ***l'environnement ne devient turbulent pour une entreprise qu'à compter du moment où les ressources et les compétences dont elle dispose s'avèrent insuffisantes pour affronter avec succès les conditions qui lui sont nouvellement imposées.*** (8)

CHAPITRE III. ETAT DE L'ART

1°) Les éléments contextuels 82

III. 1. Les environnements et déterminants des états de santé dans le secteur en général 82

III. 2. Le contexte spécifique de l'environnement hospitalier universitaire 92

III. 2.1. L'hôpital universitaire 92

III. 2.2. Le service 111

III. 2.3. Les acteurs professionnels 117

2°) Les modes de mise en oeuvre du management stratégique dans un environnement complexe 124

III. 3. Le management stratégique dans un environnement complexe 124

III. 4. Les conditions de succès d'une stratégie de changement 137

III. 5. Les caractéristiques du leadership nécessaires au changement 140

3°) Les éléments managériaux 149

III. 6. Les objectifs stratégiques généraux 152

III. 7. Le diagnostic opérationnel 154

III. 8. "Marketing societal" versus "optique produit" 157

III. 9. Modèle d'analyse stratégique 162

III.10. Les caractéristiques du management lorsque la recherche de l'excellence est inscrite dans la vision stratégique 170

III.11. Le pouvoir de monopole 185

III.12. Le lobbying au service de l'auto-régulation du pouvoir de monopole 193

4°) Les relations par rapport à la structure organisationnelle 197

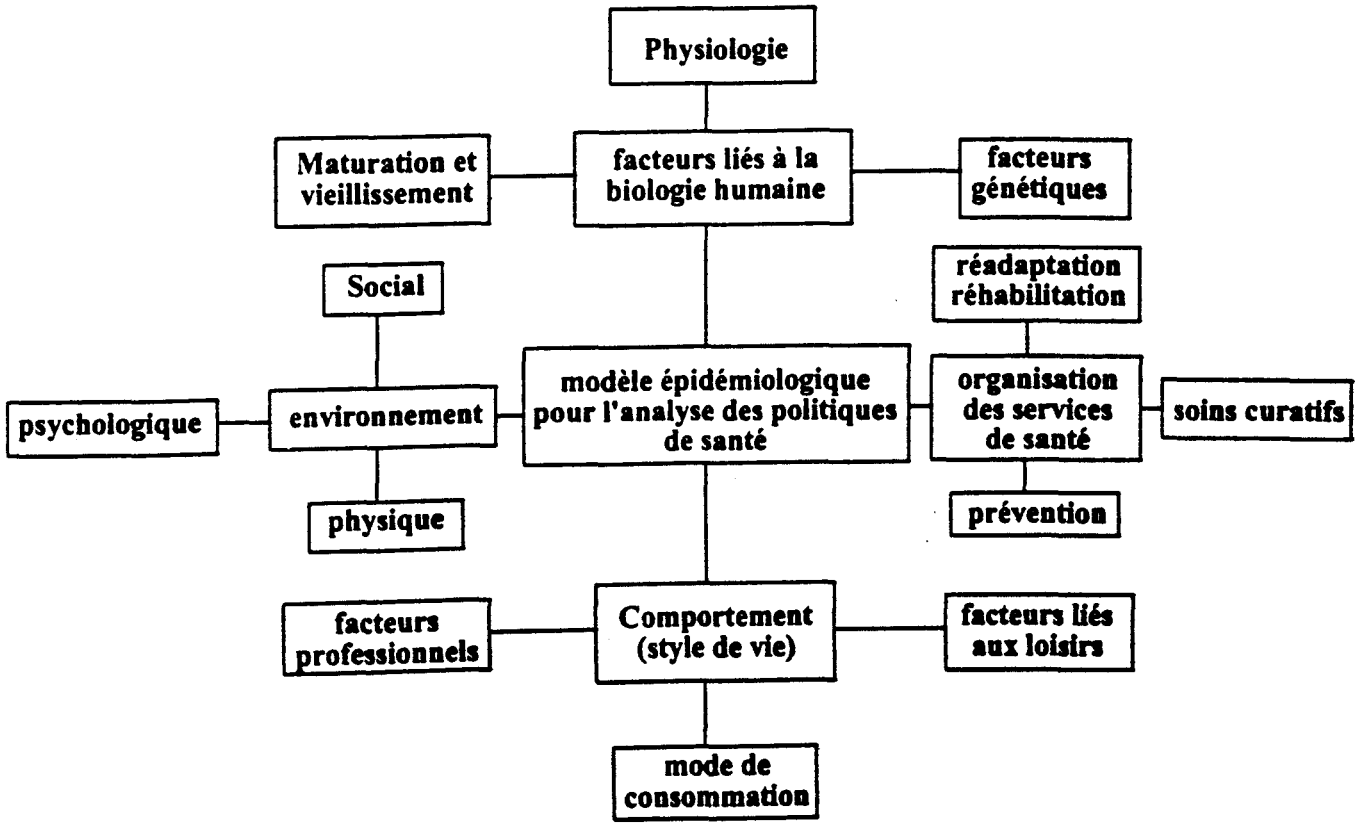
5°) Conclusions utiles pour la recherche 218

1°) LES ELEMENTS CONTEXTUELS

III. 1. Les environnements et déterminants des états de santé dans le secteur en général

Déterminants des états de santé (49)

Quatres piliers : facteurs biologiques, comportements, environnement et services de santé ont été mis en évidence en 1976. Ils ont servis de base au Gouvernement Canadien dans ses réflexions relatives à sa politique de Santé publique durant ces 10 dernières années.



En ce qui concerne les pays occidentaux, on peut estimer que les contributions respectives de ces quatre piliers à la santé d'une collectivité ont évolué du fait des progrès sanitaires enregistrés au cours de ces 150 dernières années. Les travaux de Mc KEOWN (en Angleterre et aux USA : 1974, 1979) ont apporté des informations intéressantes à ce sujet. La part des éléments les plus bio-médicaux (facteurs biologiques et services de santé) est mineure et le comportement (style de vie) devient dominant suivi des facteurs d'environnement.

Pour être complet, nous devons également considérer l'évolution longitudinale de ces déterminants de la santé.

En bactériologie par exemple, si en 1960, seule une trentaine de bactéries pathogènes vraies pouvaient affecter la santé d'un patient, nous savons qu'en 1990, la plupart des bactéries commensales, ainsi que certains saprophytes de l'environnement peuvent agir de manière conditionnelle ou opportuniste. Selon le Professeur G. WAUTERS de l'Université Catholique de Louvain, il faut actuellement considérer plus de 300 bactéries pathogènes.

Cette évolution du comportement pathogène des bactéries est un exemple parmi d'autres. Cependant, il démontre, par les proportions de son développement, l'évolution du degré de complexité auquel doit faire face l'hôpital, surtout lorsqu'on sait que toutes les évolutions sont généralement multifactorielles (49).

En général le système de santé peut être décomposé en trois grands sous-secteurs quant aux structures :

- Ambulatoire
- Intermédiaire (semi-institutionnel)
- Institutionnel

Secteur ambulatoire :

- A domicile
- Cabinet médical
- Cabinet de groupe
- Service d'urgence (d'hôpitaux)
- Centre médico-social
- Centre psycho-social
- Autres centres de rééducation et de cure, instituts, services (programme de prévention, self-help, self-care, télévigilance, SOS suicide, ...)
- Médecines alternatives

Secteur intermédiaire :

- Polycliniques
- Hôpitaux de jour/de nuit
- Centre de jour/de nuit
- Unités d'accueil temporaire

Secteur institutionnel :

* Hôpitaux pour soins aigus :
  - hôpitaux universitaires, généraux, régionaux, locaux
* Hôpitaux psychiatriques
* Etablissements pour patients chroniques
  - homes médicalisés
  - établissements médico-sociaux
* Homes pour personnes âgées (non malades)
* Etablissements médico-éducatifs (pour enfants handicapés ou déficients, etc...)

Les systèmes d'informations stratégiques auront comme objectif de mettre en place les bons capteurs au niveau de ces différents environnements. Dans des environnements complexes, tels que représentés ci-après, sur base des principes de la théorie des transactions informelles et de la théorie de l'agence, tant les administratifs que les professionnels devront être impliqués.

En effet, ces réseaux externes contribuent à réduire les risques et les incertitudes, en percevant mieux les évolutions des états de la nature de l'environnement :

- *estimation de la carence et des facteurs de succès : les patients*, les Ministères : études épidémiologiques et normes d'assurance Qualité, ..., les prescripteurs, les associations de patients, les réseaux d'hôpitaux partenaires, les hôpitaux concurrents;
- *accès aux sources de financement* : les assurances et les mutuelles, Directions ministérielles, législations et commissions de l'assurance maladie, Directions des instances communautaires;

- *accès à la technologie et aux innovations* : sociétés savantes, fournisseurs, industries pharmaceutiques, industries des technologies, centres de recherche fondamentale (mutations technologiques, nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques, ...

Ces évolutions des états de la nature intègrent également les évolutions des déterminants de la santé. Le schéma élaboré en 1994 par le Professeur J. MARTIN à Lausanne met en évidence les différentes approches possibles pour l'élaboration d'un modèle épidémiologique global pour l'analyse des politiques de santé.

Au niveau de l'hôpital, certains déterminants peuvent devenir des informations stratégiques, s'ils contribuent à orienter, de façon déterminante et pour le long terme, les activités et la structure de l'organisation (ex. : évolution du vieillissement pour un hôpital qui a opté pour le développement des soins palliatifs, ...)

L'examen des quelques connexions de réseaux que nous venons de citer, font référence à des approches par les professionnels, les financiers et le marketing.

Nous imaginons facilement que, compte tenu de la complexité de l'environnement dans lequel se trouve l'hôpital, l'équipe d'analyse stratégique décidant des activités innovantes, des nouveaux investissements ou de la différenciation du service apporté aux "clients" sera nécessairement pluridisciplinaire.

Sur base des résultats de quatres enquêtes : trois menées en France et une réalisée en Grande-Bretagne par les services de santé de BRADFORD en 1990 et 1991, des invariants ont été identifiés. Il s'agit des caractéristiques des réponses : échantillons de grandes tailles (supérieur à 1500) répartis entre les médecins libéraux de l'aire d'attraction de l'hôpital, les malades sortis et la population adulte de l'agglomération.

En résumé, nous observons que :

- l'hôpital public fait partie intégrante de la vie de la cité.
- les opinions de la population sont fortement structurées vis-à-vis d'une prestation. Des spectres d'opinions peuvent être définis au sein de groupes homogènes ("favorables", "défavorables" et "sans opinion" par rapport à certaines prestations).
- les âges et le nombre de personnes au foyer sont corrélés en spectre des opinions : (au-delà de la tranche d'âge 50-55 ans, les opinions positives sont largement dominantes, en-deçà, elles sont négatives ou très partagées).
- plus le nombre de personnes au foyer est grand, plus les opinions sont négatives. La prise en charge hospitalière est inversément corrélée à la densité des réseaux sociaux locaux.

Michel GERVAIS et Jean-Pierre ESCAFFRE, considèrent que le "noyau stratégique"(1) de l'hôpital repose sur trois axes fondamentaux (136) :

- le politique : - ensemble des intentions fondamentales de chaque groupe social qui induit l'espace des actions acceptables et des actions inacceptables
  - les notions de cognition, de culture (2) et d'identité forment la toile de fond du politique, en se sens qu'une même action peut prendre du relief pour un groupe social donné et pas du tout pour un autre.

- le pouvoir : - capacité qu'a un groupe social de donner un sens aux actions d'autres groupes sociaux (par le contrôle d'une ressource, le contrôle d'un savoir-faire technique, le contrôle d'un ensemble de connaissances cruciales)

  - en ce sens, un pouvoir serait un "solde" d'influences réciproques

- le stratégique : - projet de combinaisons d'actions par un groupe social en direction de son environnement, en des lieux et des moments précis, en vue de faire varier les frontières de son pouvoir, donc de son autonomie.

Pour les auteurs, le management est un cycle : la stratégie sert à accroître son pouvoir sur l'environnement, le pouvoir servant à son tour à conformer cet environnement au politique qui, in fine, détermine les lieux de "déformation du pouvoir et de l'autonomie".

Dans ce type de mode d'actions synchroniques, l'analyse des opinions des acteurs de l'environnement peut faire émerger des stratégies possibles et porteuses de projets.

Les raisons du choix du centre hospitalier public local sont, dans l'ordre, la proximité, puis la qualité des services (pour les cliniques privées, c'est cette dernière raison qui est évoquée comme première raison). Or, la distance est de moins en moins une barrière. **Il en découle que la concurrence jouera de plus en plus sur le second critère.**

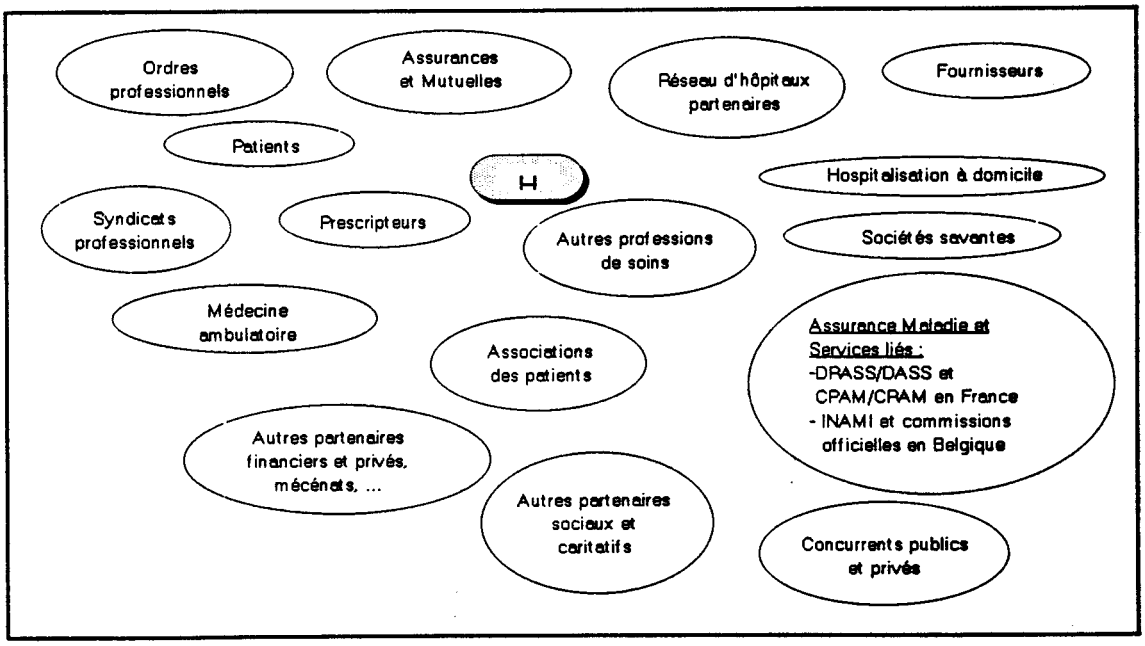
(1) Selon les termes de A. Martinet, le "noyau stratégique" reprend le triangle Politique - Gestion - Soins.
(2) * Culture : ensemble de valeurs, de règles et de représentations collectives (R. Sainsaulieu)
* Identités : à un groupe, à une structure, à des intérêts, au métier, etc, ...

Pour un hôpital public, axer une stratégie de communication fondée sur le "service public" (avec sous-entendu une coloration anti-privée) **sera vouée à l'échec. Pour une clinique privée, une stratégie inverse serait, elle aussi, vouée à l'échec.**

Les environnements (44 et 91) :

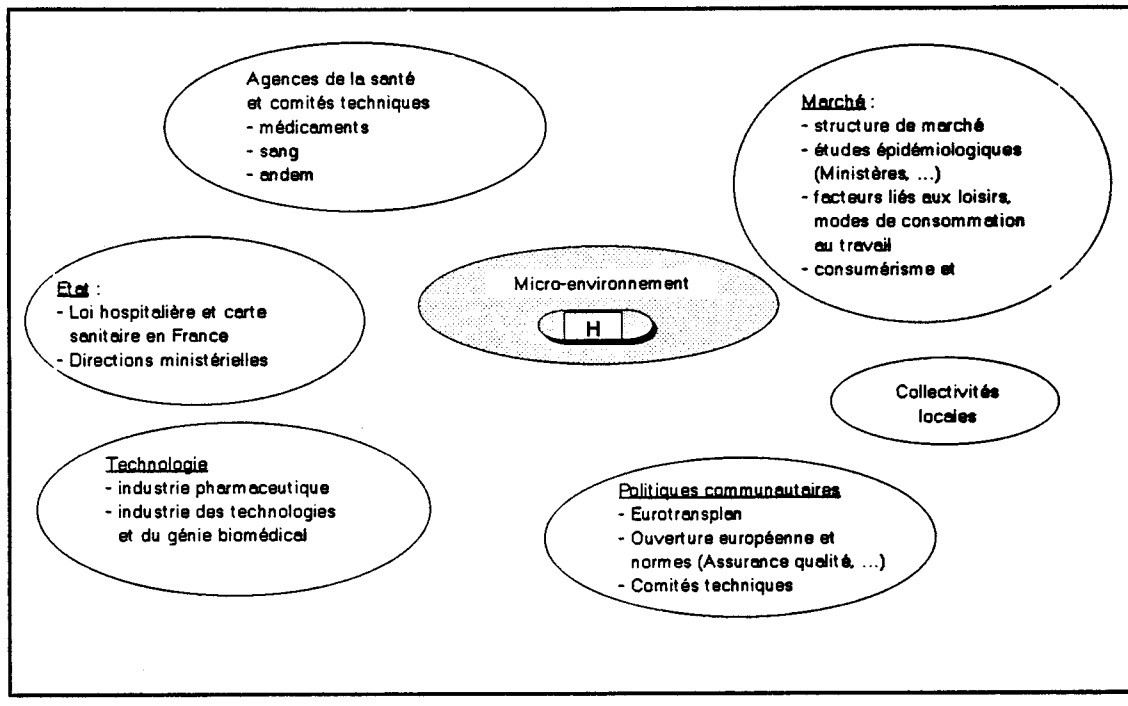
1°) Micro-environnement

Il correspond à l'environnement immédiat d'un hôpital et des entités avec lesquelles il est en contact direct ou indirect.



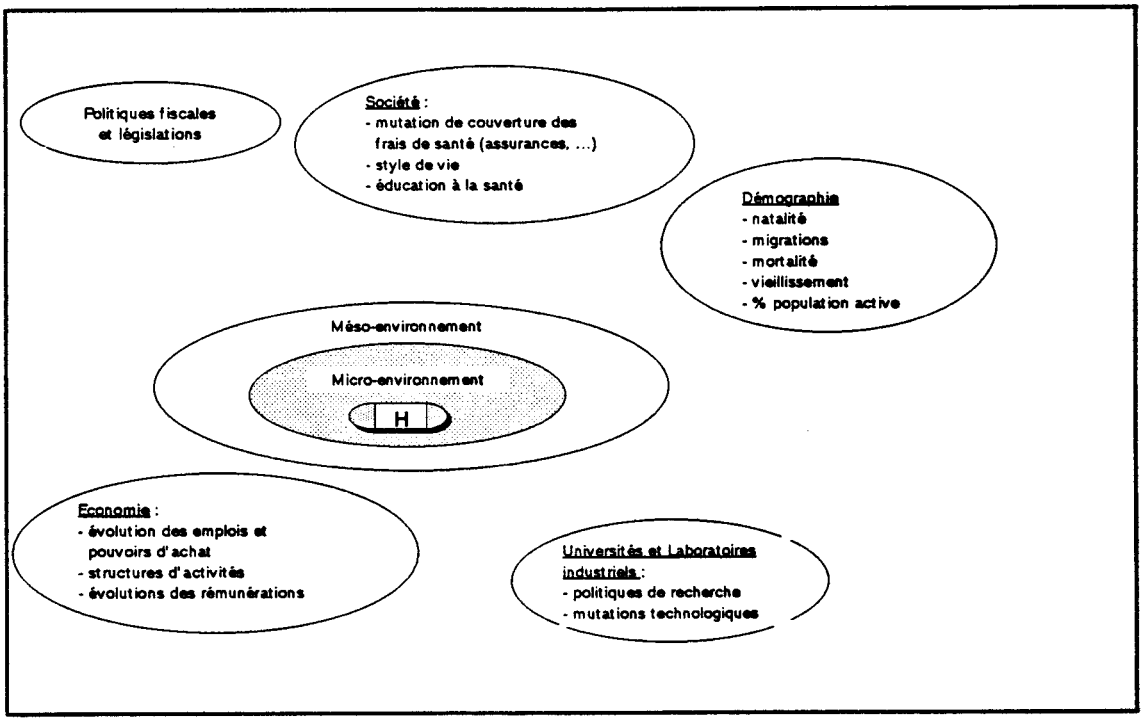
2°) Méso-environnement

Il correspond à l'environnement qui concerne le secteur d'activités dans lequel se positionne l'hôpital.



3°) Macro-environnement

Il correspond à l'environnement général commun à tous les secteurs d'activités que ceux-ci soient ou non liés au domaine de la santé et où s'opèrent des transformations d'ordre technique, politique, économique, social et culturel.



III.2.1 L'hôpital universitaire

Pour M.M. MELUM et M.K. SINIORIS, un hôpital est une organisation de professionnels qui travaillent en petites équipes (valable pour les médecins, paramédicaux, infirmiers,...) (31). Chaque équipe opérationnelle et fonctionnelle contribue à créer la valeur ajoutée d'un ou de plusieurs processus fonctionnels. Les efforts locaux doivent participer à la vision globale et se traduire dans les résultats (indicateurs se rapportant aux objectifs clés de l'entreprise).

Les hôpitaux universitaires remplissent trois missions simultanément :

- soigner les patients
- enseigner
- effectuer de la recherche

La structure de décision des hôpitaux universitaires a tendance à se confondre avec celle de l'Université.

Règles d'organisation et de financement des hôpitaux

Les systèmes de santé sont difficiles à comparer entre pays de l'Union Européenne du fait que la collecte des données chronologiques n'est pas organisée de la même manière dans les différents pays. De plus, des divergences apparaissent du point de vue de la sémantique et des structures de financement. (139)

Cependant, il existe deux sources bien connues d'informations permettant de comparer la situation entre les pays : la base de données de l'Organisation Mondiale de

la Santé (OMS) et celle de l'Organisation Economique de Coopération et de Développement (OCDE). Celle de l'OMS est orientée sur les états de santé de la population (mortalité et données démographiques). Celle de l'OCDE est spécifique aux dépenses dans le secteur de la santé. L'OCDE utilise les éléments d'information qui lui sont transmis par les Instituts Nationaux de statistiques. Ces données relatives à ces dépenses ne recouvrent pas nécessairement les mêmes réalités . Par exemple, les soins pour les handicapés physiques ou mentaux ne sont pas nécessairement imputés de la même manière dans les dépenses de santé.

Le rapport de 1994 du groupe de travail pour la comparaison internationale des statistiques de santé signale que dans les pays d'Europe occidentale, les dépenses du secteur de la santé représentent entre 5 et 10 % dans le PIB.

Les avantages des "case-mix" sont largement partagés au sein de ce groupe. Différentes typologies de patients appelées "Group diagnostic codes"(équivalentes aux DRG américains) sont élaborées pour permettre une comparaison entre groupes de patients nécessitant les mêmes ressources.

Ces classifications devraient permettre de comparer l'efficience des différentes méthodes thérapeutiques.

Quant à la comparaison des dépenses des hôpitaux entre les différents pays, une analyse transversale est nécessaire, tant en ce qui concerne la manière dont les soins sont assurés (ex : soins infirmiers, soins aigus, soins des handicapés mentaux,...) par l'hôpital que la structure des soins (à domicile, en hospitalisation, ambulatoire).

Compte tenu des réserves à émettre quant aux chiffres publiés par l'OCDE, pour fixer quelques points de repère entre la France et la Belgique, nous pouvons les observer à titre indicatif. (100)

	Belgique	France
Part des dépenses de santé prises en charge par l'Etat ou la Sécurité Sociale (1991)	86 %	74,5 %
Part de l'hospitalisation dans les dépenses de la Santé (1991)	32,8 %	44,1 %
Lits hospitaliers par 1 000 habitants (1989)	9,8 %	9,9 %
Part du secteur public dans le parc hospitalier (1991 : nombre de lits)	38 %	65 %

Le secteur public serait plus important en France qu'en Belgique.

Structures et financement du secteur hospitalier français (130, 131et 46):

Le cadre réglementaire des établissements publics de santé et des établissements privés participant à l'excécution du service public hospitalier a été revu depuis la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991.

Ces réformes redéfinissent les règles d'organisation et de financement des établissements publics ou des établissements privés assimilés aux établissements publics de santé.

On peut épingler les principales règles suivantes (89 et 90):

- responsabilisation des acteurs de la santé établie à l'aide d'outils d'évaluation de l'activité et des besoins pour une plus grande cohérence de la répartition de l'offre et de soins et dans l'allocation des moyens.
- possibilité de développer, à titre subsidiaire, des prestations de service et d'exploiter les brevets et licences (au départ des moyens nécessaires à l'excécution des missions de service public qui leur sont imparties).
- faculté ouverte de placement et de rémunération des fonds.
- fixation de la dotation globale accompagnée de la fixation des tarifs de certaines prestations comme, par exemple : hospitalisation à domicile, soins ambulatoires, hospitalisation à temps partiel, ...
- possibilité de révision de la dotation en cours d'année.
- rôle des organismes d'assurance maladie dans la procédure d'approbation des budgets.
- présentation de budgets de programmes annuels et pluri-annuels.
- développement d'un projet médical et d'un projet infirmier d'établissement

pour une durée maximale de cinq ans et compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire.

- tous les deux ans, les chefs de service ou de département élaborent un projet de service ou de département, en complément du projet quinquenal d'établissement (prévoir l'organisation générale, les orientations d'activités, les actions d'amélioration de la qualité des soins, rapport d'évaluation de la qualité des soins, ...).
- le service des soins infirmiers placé sous la responsabilité d'un infirmier général membre de l'équipe de direction.
- les établissements privés sont assimilés aux établissements publics de santé, sous réserve qu'ils s'engagent à respecter les obligations de service public imposées aux établissements publics de santé. La décision d'admission à y participer est prise par le Ministre chargé de la santé.
- la nomination des directeurs des établissements publics de santé est du ressort du Ministre chargé de la santé. Il les nomme en les détachant de leur emploi.
- ....

La recherche de M-C MASSE retrace l'historique récent des règles de financement. Depuis 1980, le budget des dépenses d'exploitation est le budget primitif approuvé. Il s'agit de prendre comme base budgétaire le compte administratif anticipé, c'est-à-dire l'ensemble des dépenses et pas seulement le prix de revient d'une journée. Cette base budgétaire est majorée suivant le taux directeur de l'année. Il s'agit d'un taux critique qui limite à la fois l'évolution en volume et en valeur des dépenses. Afin de conserver un pouvoir au préfet et de lui laisser la faculté de définir une politique

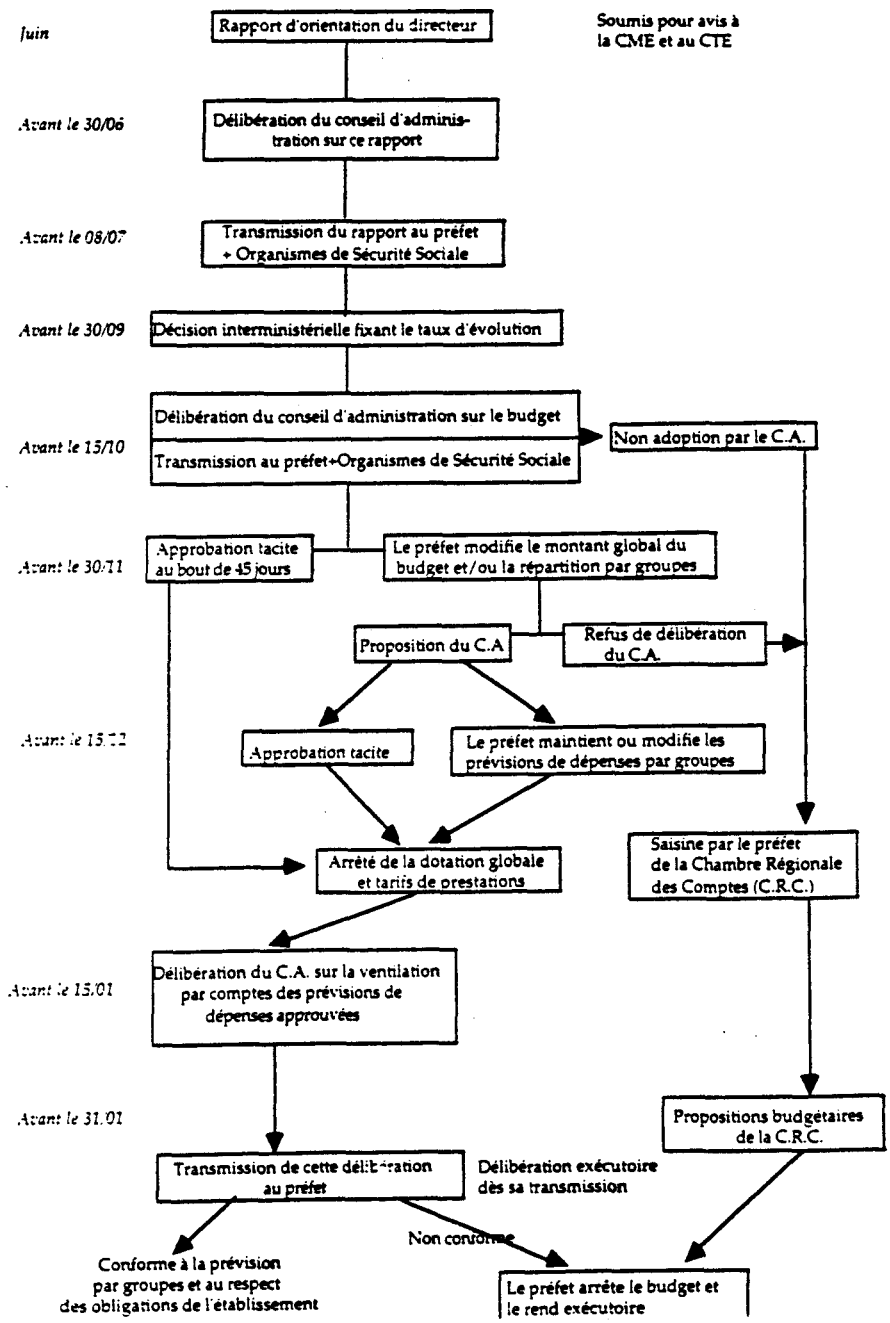
au niveau de son département, le taux directeur est assorti d'une marge.

A partir de 1988, c'est la progression du PIB en valeur qui est devenue la référence du taux de progression souhaité des dépenses hospitalières.

A partir de 1985, les créations d'emplois non médicaux ont presque cessé et la consigne a été celle du redéploiement entre établissements.

Le financement des investissements a été rationné de quatre manières. D'abord l'application du principe du taux directeur aux dépenses d'exploitation limite l'auto-financement qui provient des amortissements qui y sont inscrits. Deuxièmement, une circulaire de 1979 a interdit le financement d'un investissement à plus de 60 % par emprunt. Troisièmement, en mars 1983, les prêts sans intérêt des caisses régionales d'assurance maladie qui finançaient environ 30 % des investissements ont été interdits. Les hôpitaux ont dû alors emprunter aux taux du marché. Par ces limites, l'Etat s'est bien engagé dans une politique de plus grande rigueur financière vis-à-vis des hôpitaux publics.

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 précise également la procédure d'élaboration du budget de l'établissement public :



Cependant, la ligne de recettes la plus importante dans la section d'exploitation du budget, à savoir la dotation globale de fonctionnement, est la part des recettes d'exploitation de l'hôpital à la charge des organismes d'assurance maladie. Cette dotation s'obtient en défalquant des dépenses d'exploitation autorisées les produits hospitaliers et les recettes subsidiaires. Les produits hospitaliers sont directement liés aux prestations médicales; on trouve le ticket modérateur (par exemple, pour les consultations, le patient ne paie que 20 %), le forfait journalier, ... Les recettes subsidiaires concernent les tickets de cantine du personnel, la vente des déchets, etc... Depuis 1992, la contrainte du taux directeur ne s'exerce plus uniquement sur le total des dépenses d'exploitation, car la base du financement tient compte des produits annexes réalisés l'année précédente. Les établissements qui laissent péricliter leurs recettes subsidiaires doivent réduire d'autant plus leurs dépenses. La contribution des organismes d'assurance maladie est ainsi définie globalement pour l'année. Elle n'est donc plus calculée en fonction du nombre de journées réalisées. De ce fait, l'incitation à augmenter cet indicateur pour se procurer plus de ressources a été largement atténuée.

Le versement à un hôpital public de la dotation globale allouée est effectué pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie de sa circonscription. Cette somme est ensuite répartie après accord entre tous les régimes.

L'hôpital n'a plus à subir ainsi les irrégularités de réglements d'interlocuteurs multiples. Ceci a permis une plus grande efficacité dans la gestion administrative à l'intérieur de l'hôpital et rend plus aisée la prévision de trésorie et facilite son optimisation.

BU LILLE

Cependant, la ligne de recettes la plus importante dans la section d'exploitation du budget, à savoir la dotation globale de fonctionnement, est la part des recettes d'exploitation de l'hôpital à la charge des organismes d'assurance maladie. Cette dotation s'obtient en défalquant des dépenses d'exploitation autorisées les produits hospitaliers et les recettes subsidiaires. Les produits hospitaliers sont directement liés aux prestations médicales; on trouve le ticket modérateur (par exemple, pour les consultations, le patient ne paie que 20 %), le forfait journalier, ... Les recettes subsidiaires concernent les tickets de cantine du personnel, la vente des déchets, etc... Depuis 1992, la contrainte du taux directeur ne s'exerce plus uniquement sur le total des dépenses d'exploitation, car la base du financement tient compte des produits annexes réalisés l'année précédente. Les établissements qui laissent péricliter leurs recettes subsidiaires doivent réduire d'autant plus leurs dépenses. La contribution des organismes d'assurance maladie est ainsi définie globalement pour l'année. Elle n'est donc plus calculée en fonction du nombre de journées réalisées. De ce fait, l'incitation à augmenter cet indicateur pour se procurer plus de ressources a été largement atténuée.

Le versement à un hôpital public de la dotation globale allouée est effectué pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie de sa circonscription. Cette somme est ensuite répartie après accord entre tous les régimes.

L'hôpital n'a plus à subir ainsi les irrégularités de réglements d'interlocuteurs multiples. Ceci a permis une plus grande efficacité dans la gestion administrative à l'intérieur de l'hôpital et rend plus aisée la prévision de trésorie et facilite son optimisation.

BU LILLE

M-C MASSE cite CAUVIN et COYAUD (1990), "l'instauration d'une contrainte financière, conséquence du plafonnement des prélèvements obligatoires" est la chance des dirigeants d'aujourd'hui puisqu'elle leur impose de hiérarchiser leurs priorités et de déterminer une authentique politique au niveau de l'établissement.

Structures et financement du secteur hospitalier belge (138) :

Le financement des frais d'exploitation des hôpitaux relève de trois sources:

- le prix de journée
- les honoraires médicaux et de certains praticiens paramédicaux
- les spécialités pharmaceutiques de même que la fourniture de prothèses et implants divers.

1)° Le prix de la journée

Dès 1963, la législation exige que la comptabilité des hôpitaux fasse apparaître le prix de revient de chaque service. Celui-ci doit correspondre à la définition du prix normal de la journée d'entretien.

Le prix normal, bien que lié à l'index, ne suffisait plus pour couvrir les charges réelles de l'institution. De plus en plus d'hôpitaux avaient recours à l'article 9 de la loi qui donnait la possibilité de se faire octroyer un complément.

En 1975, le Ministère de la Santé publique a introduit la notion de prix prévisionnel calculé à l'avance sur base des prévisions justifiées de manière telle que le prix qui pouvait être facturé était connu au début de l'année. Jusqu'en 1981, un prix était ainsi calculé chaque année par l'hôpital.

La législation introduit en 1982 le concept d'enveloppe budgétaire, résultant de la multiplication d'un facteur "nombre de journées" et d'un autre "prix unitaire". Les quotas de journées par l'hôpital furent fixés pour 1983 à 97 % et pour 1984 et les années suivantes à 95 % de l'activité de 1980.

Un nouveau système de financement est mis en place dès 1986. Il a reçu force de loi (arrêté ministériel) et il fixe les conditions et règles de détermination du prix de journée. Dorénavant, les quotas de journée sont fixés sur une base normative et non plus historique.

En 1991, une autre technique de comparaison entre hôpitaux est introduite. Une refonte complète de la détermination de la base B2 (qui concerne les services cliniques) par le biais de normes modulées par les fonctions et activités prestées par chaque hôpital.

Décomposition du prix de journée :

partie A : - charge d'investissements immobiliers et mobiliers (A1)
- charges des crédits financiers à court terme (A2)
- prime syndicale (A3)
- charges d'investissement des services médico-techniques désignés (A4)

partie B : - services communs : frais généraux, entretien, chauffage, frais administratifs, buanderie, alimentation (B1)
- services cliniques : frais de personnel soignant, médicaments courants, préparations magistrales, gaz médicaux, pansements, produits médicaux pour la dispensation des soins, petits instruments, conservation de sang, frais de rééducation et de réadaptation (B2)

- frais de fonctionnement des services médico-techniques désignés par le Ministre (RMN et radiothérapie) : entretien des locaux et équipements, biens de consommation, frais généraux et de personnel infirmier et technique qualifié, frais d'administration (B3)
- recyclage de 25 % des moyens libérés par la fermeture de lits (5 % lits au minimum) pour des projets d'amélioration de la qualité des soins, forfaits attribués à l'enregistrement du résumé infirmier minimum (RIM) et du résumé clinique minimum (RCM) pour communication des données au Ministère de la Santé publique, coût du réviseur d'entreprise imposé par le Ministère, forfait pour les hôpitaux collaborant aux services d'urgences du 100 et/ou de l'aide médicale urgente (SMUR), ...(B4)
- coûts de fonctionnement de l'officine hospitalière (B5)

partie C : - frais de pré-exploitation pour les hôpitaux ou services hospitaliers en construction (C1)
- montants de rattrapage pour un manque ou surplus de recettes d'exercices antérieurs (C2)
- récupération d'une partie des suppléments de chambre (C3)
- pré-rattrapage d'efforts de surfinancements (C4)

Le nouveau système de financement apporte des progrès par rapport à l'ancienne technique, notamment en matière d'allocations des ressources et d'incitation

à une gestion plus efficiente. Il procure aussi aux hôpitaux un instrument de gestion dans la mesure où il lui procure une référence externe plus objective pour l'évaluation. Les principales imperfections sont :

- ignorance de la structure des pathologies traitées dans l'hôpital.
- absence de prise en considération de la qualité du fonctionnement et des prestations.

Principales règles de financement du prix de journée :

- financement du fonctionnement des hôpitaux dans les limites d'une enveloppe nationale de moyens budgétaires fixée par décision du Conseil des Ministres
- mise à disposition d'une enveloppe budgétaire annuelle par hôpital sur base d'un budget prévisionnel
- détermination du prix de journée d'un hôpital par comparaison de ses coûts par rapport à un groupe d'hôpitaux similaires pour ses services communs (partie B1)
- parmi les 3 parties composant le budget d'un hôpital, seule la partie B est indexée sur base de l'évolution de l'indice des prix à la consommation
- le financement comprend une partie fixe et une partie variable. Si le nombre de journées réalisées est inférieur au quota, l'hôpital a droit, dans certaines conditions, à un montant de rattrapage positif l'indemnisant de ses frais fixes. En cas de dépassement du quota, seuls les frais dits variables sont couverts et l'hôpital doit rembourser le surplus perçu sous forme d'un montant de rattrapage négatif.

Montants à charge du patient :

Lorsque l'hospitalisation donne lieu à une intervention, soit des organismes assureurs dans le cadre de la législation en matière d'assurance maladie-invalidité, soit d'autres caisses de sécurité sociale, l'Etat octroie un subside de 25 % du prix de journée d'hospitalisation. Le solde est à charge de ces divers organismes sous déduction d'une quote-part personnelle du patient.

Quota de journées et prix applicables :

Pour les hôpitaux généraux, les quotas en vigueur en 1989 avaient, en grande partie, un caractère historique. Ils étaient basés sur le nombre de journées réalisées en 1980 avec certaines modifications : réduction linéaire de 5 % en 1984, changements de capacité ou de type de lits, réduction pour sous-occupation structurelle ou trop longue durée de séjour. En 1990, le Ministre a décidé de rompre le lien avec les journées réalisées antérieurement, en attribuant pour chaque hôpital, un quota basé sur le nombre de lits agréés et existant au 1er janvier de l'exercice considéré en y associant une échelle de taux d'occupation, en fonction des types de lits.

Pour les hôpitaux psychiatriques, si au 1er juillet 1990, ils ne disposaient que des lits programmés, tels qu'existant et agrées au 08/02/90, le quota est celui attribué pour 1990, jusqu'à ce qu'un nouvel exercice soit fixé comme année de référence. A partir de l'exercice 1992, les quotas de journées de tous les hôpitaux psychiatriques ont été progressivement réduits selon des règles qui tenaient compte du type et du niveau d'activité.

Pour les hôpitaux disposant d'une maternité, la partie B du prix de journée est adaptée, de sorte que le financement soit limité au nombre d'accouchements multiplié par une durée de séjour fixée forfaitairement à 6,21 jours (base de 1992 et

1993). Une dérogation à cette limitation peut être obtenue si le gestionnaire apporte, après avis du médecin-chef, la preuve que la durée du séjour constatée se justifie. L'avis préalable d'un groupe de travail de médecins constitué au sein du Conseil National des Etablissements Hospitaliers est nécessaire.

2°) Les honoraires médicaux

La seconde source de financement des frais d'exploitation des hôpitaux est ainsi constituée des honoraires médicaux dont le montant de remboursement par prestation est destiné à couvrir tous les frais liés à la prestation médicale. Cela englobe tant la rémunération de l'acte médical lui-même que les locaux, le matériel, le personnel et les produits de consommation qui sont nécessaires à la réalisation de l'acte, même si tout l'appareillage appartient à l'hôpital ou si le personnel est payé par l'hôpital.

Il n'y a que quelques exceptions à ce principe de l'honoraire "brut" : les honoraires de surveillance des patients hospitalisés et ceux dûs pour une intervention chirurgicale, un accouchement ou certaines prestations techniques au lit du malade comme en soins intensifs, qui sont dits "purs", l'infrastructure nécessaire étant à charge du prix de journée.

Le remboursement par prestation est la règle générale qui est appliquée aux hôpitaux, même dans le cas où l'hôpital verse un traitement au médecin hospitalier. Le remboursement par la Sécurité sociale (AMI) se fait sur base d'une attestation de soins.

En ce qui concerne les prestations des médecins biologistes, depuis 1988, une partie fixe (forfaitaire) est introduite dans leurs honoraires. Depuis 1990, le système de financement de la biologie clinique, tant sur base des prestations (patients ambulants) que par forfait par journée d'hospitalisation pour le solde, est maintenu, mais le forfait historique est corrigé, en tenant compte des activités hospitalières effec-

tives de chaque hôpital. En vue de lier le budget de la biologie à la pathologie, deux méthodes ont été adaptées, l'une s'appliquant aux dépenses de biologie engendrées par les patients hospitalisés dans les services de chirugie, l'autre valant pour les services de médecine.

Enfin, une correction linéaire à la baisse est appliquée au cas où la somme des dépenses de biologie de chacun des services hospitaliers dépasse l'enveloppe budgétaire nationale établie pour les prestations de biologie clinique aux patients hospitalisés.

Une autre exception à la règle du remboursement par prestation a été introduite par un Arrêté Royal du 7 juin 1991 et concerne la radiologie. Les médecins radiologues peuvent depuis lors, facturer un honoraire forfaitaire complémentaire pour toute admission dans un service aigu de l'hôpital, qu'il y ait eu imagerie ou non. Cet honoraire dit "de consultance" couvre les frais exposés pour évaluer, dans une situation clinique déterminée, le choix des examens d'imagerie médicale les plus appropriés et permettre d'apporter l'aide la plus adéquate au diagnostic en qualité de consultant. La mesure a été étendue en 1992 aux patients ambulatoires. Cet honoraire de consultance peut seulement être porté en compte lors de l'exécution de prestations rémunérées limitativement et exclusivement réservées aux médecins spécialistes en radiodiagnostic et est dû une fois par prescription, quel que soit le nombre de prestations pratiquées, mais au maximum une fois par 24 heures. Par ailleurs, tout comme en biologie, une série d'honoraires forfaitaires par admission hospitalière ont été institués en 1992.

Ces différentes mesures de régulation des prestations de radiologie devraient inciter les hôpitaux à limiter le développement des actes de radiologie réalisés par des médecins non radiologues et favoriser l'accès aux équipements diagnostiques recom-

mandés sous contrôle des radiologues et ce, 24 heures sur 24.

Enfin, il existe encore des régimes particuliers du remboursement forfaitaire de certaines prestations de rééducation, dans le cadre de conventions conclues **entre certains services hospitaliers** et le Comité de gestion des tutelles.

Depuis 1992, ces prestations concernent :

- oxygénothérapie de longue durée à domicile,
- stimulation osseuse électrique,
- surveillance à domicile des nourrissons menacés de mort subite,
- assistance ventilatoire mécanique au long cours à domicile,
- auto-surveillance à domicile de la glycémie pour une population déterminée de patients diabétiques,
- insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable,
- logopédie prestée dans le cadre d'un centre universitaire.

Perception des honoraires

Quel que soit le système de rémunération en vigueur à l'hôpital, tous les montants à payer par des tiers ou par les patients, qui sont destinés à rémunérer les prestations des médecins se rapportant aux patients hospitalisés, sont obligatoirement perçus de façon centralisée.

3°) Les spécialités pharmaceutiques, la fourniture des prothèses et implants :

Alors que les coûts des produits pharmaceutiques courants et des préparations magistrales sont couverts par la partie B2 du prix de journée, les spécialités pharmaceutiques et les médicaments génériques font l'objet d'un remboursement séparé à charge des organismes assureurs, sous déduction d'une quote-part par les patients.

Les spécialités pharmaceutiques reprennent les médicaments préfabriqués enregistrés au Ministère de la Santé publique, ainsi que d'autres produits assimilés tels que : les produits de perfusion, les sérums, les vaccins, le sang, le plasma sanguin, le lait naturel, les bandes plâtrées et certains produits radio-isotopes.

Les médicaments génériques comprennent les médicaments préfabriqués et enregistrés équivalents à une spécialité pharmaceutique existante pour laquelle le brevet sur la molécule du principe actif est périmé ou n'existe pas en Belgique.

4°) Le financement des investissements :

Les investissements immobiliers et mobiliers approuvés par les autorités compétentes pour la politique de santé, sur base des articles 59 bis ou 59 ter de la constitution (c'est-à-dire immeubles et premier achat de matériel médical ou non médical) sont subsidiables (à 60 % pour les immeubles par exemple). Les charges financières qui y sont liées ne peuvent dépasser 40 % des valeurs réelles d'investissements limitées aux plafonds financiers à la construction (et 100 % pour les investissements immeubles non subventionnels tels les ascenseurs, les chaudières,...).

L'appareillage informatique peut faire l'objet d'une subsidiation forfaitaire pour couvrir les coûts des projets à caractère innovateur (après approbation par le Ministre sur avis d'un groupe de travail spécifique).

De manière générale, les montants non couverts par la subsidiation feront l'objet d'un plan d'amortissement repris dans la partie A du prix de journée. Les règles d'amortissement du plan comptable sont d'application.

Remarques :

Alors qu'en France, les règles de financement sont encore largement établies sur des bases normatives, en Belgique, on retrouve tant la référence aux bases normatives qu'historiques pour les budgets de fonctionnement.

Les tutelles stimulent, dans un cas comme dans l'autre, les hospitalisations à temps partiel,... . Des outils d'évaluation de l'activité, le renforcement du contrôle des organismes d'assurance maladie dans les procédures d'approbation des budgets de fonctionnement et la limitation des politiques de subsidiation sont autant d'évolutions observées.

Les capacités d'auto-financement des investissements nouveaux imposent de plus en plus aux dirigeants des choix déterminés par les orientations stratégiques. Celles-ci doivent nécessairement tenir compte des choix politiques des tutelles, qui orientent l'offre par une hiérarchisation des politiques de financement.

L'approche du management stratégique par les aspects financiers nous permet de croire que du fait d'une volonté croissante de contrôle des tutelles, les principes de management par les pouvoirs de monopole ne peuvent certainement pas être relégués aux oubliettes

III.2.2 Le service

L'identification des facteurs clés de succès et l'identification des objectifs clés d'amélioration des processus sera au centre des préoccupations des hôpitaux pour améliorer la qualité perçue, ainsi que la qualité relative dont il est fait mention au paragraphe III. 7.

Certaines attitudes des professionnels découlent probablement du caractère multidimensionnel de la mission de l'hôpital universitaire : soigner, former et assurer la recherche. Cette particularité de l'hôpital universitaire peut avoir un impact positif ou négatif sur la qualité du service et des soins.

Certains services d'urgences universitaires qui sont amenés à prendre en charge un recrutement général le font parfois de mauvaise grâce. (127) Cette tâche, qui consiste à soigner des patients ne relevant pas du savoir-faire et de la compétence des médecins spécialistes universitaires est mal vécue. Il en est de même pour les médecins plus jeunes qui souhaitent acquérir une formation dans la spécialité à laquelle ils se destinent.

Néanmoins, la chirurgie générale et la médecine générale universitaires ont besoin d'un certain nombre de patients relevant du recrutement des hôpitaux généraux.

A ce stade, on peut citer un autre exemple tiré de l'expérience américaine. Afin d'accroître l'efficacité économique des établissements hospitaliers, un système de financement par pathologie a été mis en place. Ses initiateurs en attendaient une production de soins égale, mais à moindre coût. Cette augmentation de "productivi-

té" devait être supportée par les équipes professionnelles. Certains n'ont pas manqué de dénoncer une "perversion" du système. Les malades sortaient plus rapidement des hôpitaux et devaient utiliser plus intensément des unités de soins externes (centres de convalescence, soins à domicile, ...). Les autorités en charge du financement manquaient en partie leur objectif, parce qu'elles n'étaient pas capables d'observer directement les comportements des équipes soignantes. A la limite, si on poussait le raisonnement à l'absurde, ces autorités devaient anticiper les changements de comportements et le système hospitalier ne pourrait plus offrir qu'une production médiocre, où les patients seraient sortis trop tôt avec les risques de séquelles, de rechutes éventuelles, qui coûteraient peut-être beaucoup plus cher plus tard.

Différentes recherches menées aux Etats-Unis, au niveau des centres de soins à domicile, tendent à démontrer que les professionnels de la santé (médecins et paramédicaux) se comportent jusqu'à un certain point comme des vendeurs de services de soins. Ils sont régulièrement appelés à défendre les intérêts de leur organisation par rapport aux attentes des patients et entrent dans des situations tendues qui peuvent détériorer la perception du patient, au sujet de la qualité du service. Les soins à domicile y sont un peu victimes de leur succès. La tendance à réduire le nombre de lits d'hôpitaux, ainsi que la durée d'hospitalisation, est également influencée par les assurances qui favorisent les soins à domicile (114).

Au-delà des particularités intrinsèques de l'hôpital universitaire, le patient n'a pas la possibilité d'évaluer les soins, mais peut évaluer la qualité du service par rapport à ses attentes. Il s'agit d'une variable déterminante lors du choix de l'hôpital en plus des conseils que lui fournit son médecin traitant. (30)

En fonction du type de services auxquels le patient s'adresse, il s'impliquera différemment lors de sa prise de décision. De même, la réputation de l'hôpital universitaire n'aura pas la même importance, lorsqu'il s'agira de suivre un traitement aigu ou un service plus largement disponible (ex. dentisterie, ...).

Si l'on accepte l'hypothèse selon laquelle les patients se comportent en partie en consommateur de service de soins, les apports de la nouvelle théorie économique présente un certain intérêt (tendance décrite au Chap. V.2.).

La modélisation des comportements de consommation décrite par RATCHFORD nous apprend que (57) :

- Les produits sont évalués à partir de leurs attributs et non globalement. La renommée sert de support à cette évaluation et permet la différenciation des produits.
- Le consommateur produit l'utilité du service en le consommant. Il y investit son temps et son argent.

Dans ce cas, Kelvin LANCASTER peut encore nous inspirer dans notre réflexion adaptée au secteur hospitalier. Il conçoit le produit comme un *"panier d'attributs"*, tout comme le réalisent les modèles de marketing :

- Les services d'un hôpital ou l'hôpital tout entier seraient alors comparés, sur base de la similarité de leurs caractéristiques fonctionnelles. L'arbitrage entre ces hôpitaux, lors d'un processus de choix effectué par le patient avec l'aide de son médecin de famille, ne s'opérerait pas dans l'absolu, mais à l'intérieur de ces catégories. Des hôpitaux seraient substituables s'ils possèdent le même ensemble de caractéristiques. Ils seraient au con-

traire complémentaires, si leur combinaison (de services différents) permet de produire certaines caractéristiques non disponibles autrement.

- La fidélité à un hôpital serait expliquée par l'adéquation parfaite des caractéristiques d'un produit aux attentes du consommateur (patient, médecin de famille, ...).
- Le prix (montant à charge du patient, par exemple) sert de référence pour prendre en compte la différenciation des produits. Le consommateur ne comparerait pas les prix dans l'absolu, mais au contraire la quantité des différentes caractéristiques du produit qu'il peut obtenir en contrepartie d'une unité monétaire en consommant dans les différents hôpitaux..

L'orientation positive ou négative à l'égard d'un service particulier de l'hôpital ou de l'hôpital tout entier caractérise **l'attitude** du "consommateur de service de soins" (le patient, en l'occurrence). Pour les psychologues GORDON et ALLPORT, l'attitude serait le meilleur prédicteur du comportement, d'où l'intérêt de sa connaissance, mais aussi l'identification des mécanismes qui gouvernent sa formation.

Influencer le comportement du patient et de son médecin de famille dans un sens qui serait favorable à l'hôpital passerait, en effet, le plus souvent par une modification de son attitude à l'égard de l'hôpital.

Pour Marc FILSER, la formation des attitudes sera le résultat de l'évaluation du service sur la série d'attributs constituant le panier d'attributs.

Comprendre la formation des attitudes exige donc la connaissance des mécanismes mis en oeuvre par l'individu pour synthétiser de manière multi-dimensionnelle les croyances relatives à l'ensemble des attributs du service. Cette évaluation

globale représenterait ainsi l'expression de la composante affective.

Le choix des attributs qui servent de support au processus de formation des attitudes est complexe. Le consommateur (patient, médecin de famille, ...) retient non seulement des caractéristiques tangibles du service (attributs physiques ou quantifiables : prix, durée, ...), mais aussi des caractéristiques intangibles et, notamment, l'image de marque (renommée de l'hôpital) elle-même.

MYERS et ALPERT distinguent quatre niveaux d'attributs dans un processus d'évaluation :

- les attributs connus ou inconnus
- les attributs importants
- les attributs déterminants
- les attributs saillants

Les attributs importants sont liés à la performance du service et sont évalués lors de la mesure des scores d'importance des attributs utilisés dans les modèles de formation de l'attitude. Les corrélations entre la satisfaction globale et les différents attributs peuvent être un reflet de ces scores, lorsqu'une échelle d'intervalle à 5 positions, par exemple, est utilisée.

Les attributs déterminants et saillants remplissent les fonctions suivantes :

- contribuer à la discrimination entre marques (hôpitaux) concurrentes
- permettre une comparaison entre marques

Pour les mesurer, il est nécessaire d'utiliser un questionnaire dual (évaluation successive de chaque attribut sur deux échelles : degré d'importance de l'attribut et degré de différenciation perçu entre marques sur cet attribut).

Pour Marc FILSER, la modélisation de la satisfaction ou de la déception fait toujours référence aux attentes du consommateur. Il prétend également que l'analyse de l'adéquation de l'offre aux attentes est d'autant plus difficile que les attributs du produit sont intangibles, comme cela se rencontre dans le cas des services. Il fait également référence à la méthode SERVQUAL pour mesurer la satisfaction d'un consommateur à l'égard d'un service.

La recherche de R. WESTBROOK ET J. NEWMAN a également mis en évidence le *caractére dynamique de la satisfaction.* Si le niveau de satisfaction après un premier achat est élevé, le réachat peut entraîner une légère déception, ne serait-ce que parce que le produit ne peut plus être amélioré.

III.2.3 les acteurs professionnels

Les médecins et le personnel soignant assument une double responsabilité : ils sont autonomes face au patient et sont tenus de se comporter conformément aux objectifs de l'organisation vis-à-vis de l'hôpital.

L'implication des médecins est déterminante pour assurer le niveau de satisfaction des patients. (29) **La majorité des patients qui changent de médecin le font parce qu'ils sont déçus des aspects relationnels avec le médecin et son équipe** (contacts faciles, informations complètes, respect des horaires,...).

La présence de technologies de pointe et de "super-spécialistes" peut, dans le cas d'un hôpital universitaire, faire ombrage au reste du personnel. Une reconnaissance multi-critères est indispensable pour assurer une mobilisation homogène de l'ensemble du personnel. (29) L'ensemble du personnel doit pouvoir s'identifier et contribuer à la mission commune (**indicateurs intégrant des facteurs liés au personnel, au patient, aux performances,** ...).

Nous avons pu préciser l'hypothèse générale énoncée par A. GIRAUD au travers de trois recherches empiriques reprises aux chapitres V. 3. et V. 4. Les critères de choix et de rejet des services hospitaliers y apparaissent de manière plus détaillée.

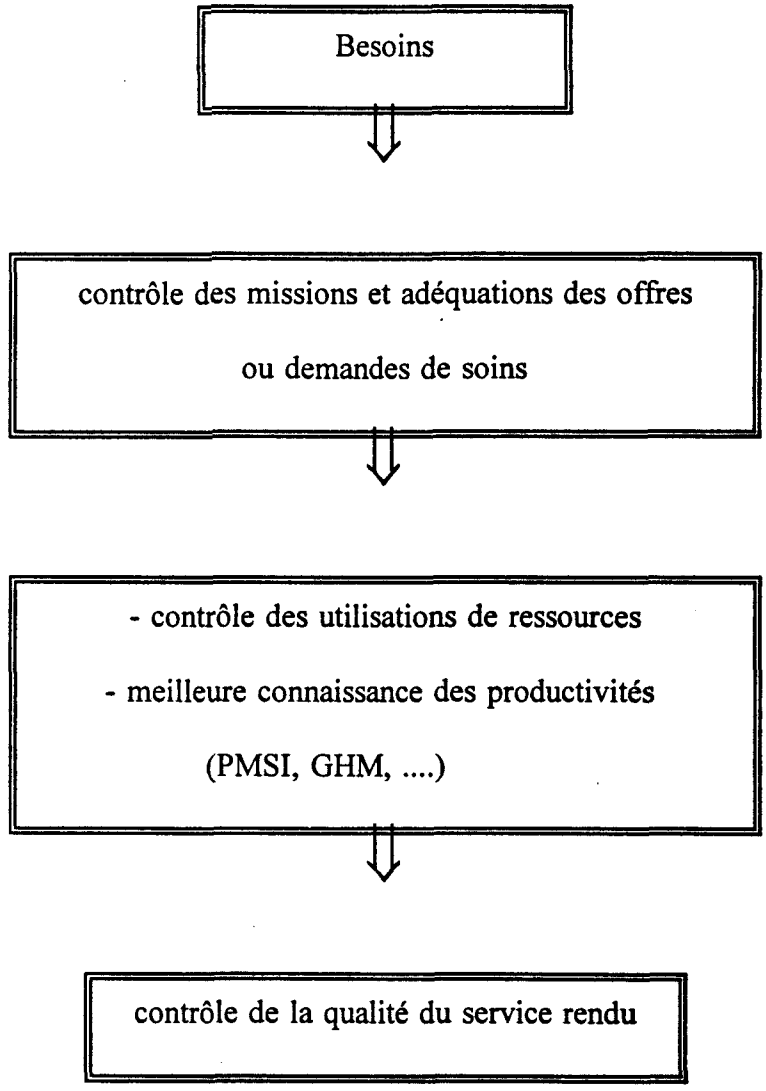
<u>La coexistence des logiques différentes</u>

En univers complexe, où des logiques très diverses s'entremêlent et se superposent, la pensée doit elle-même se complexifier pour mieux appréhender les situations et mieux piloter les organisations (21).

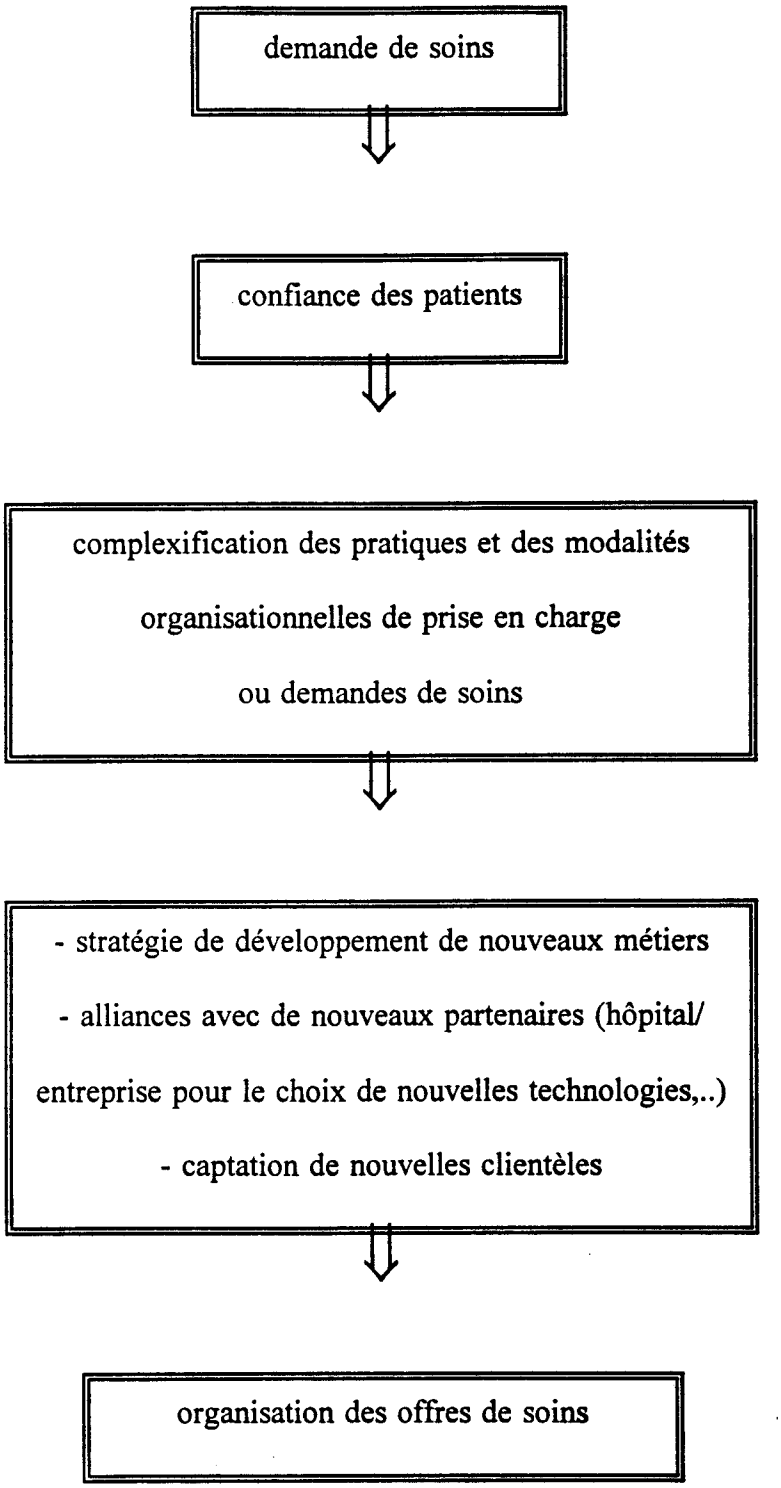
Pour l'hôpital, on évoque souvent les logiques médicales et les logiques gestionnaires qui ne sont probablement pas les seules en présence.

De même, ces logiques existent également dans le micro-environnement externe à l'hôpital. A ce propos, P. LARDE, sociologue/chercheur au CNRS, évoque la logique de régulation et la logique des hôpitaux.

Logique de régulation : évalue les besoins vers les résultats



Logique des hôpitaux : évalue la demande vers l'offre



Tout comme P. LARDE, nous en déduisons qu'un des points de rencontre possible entre ces deux logiques peut résider dans l'utilisation des chiffres :
les seuils à atteindre en qualité des soins et dans les coûts de l'organisation de l'offre (PMSI + indicateur de qualité = logique de régulation + logique des hôpitaux).

Pour complexifier deux approches, des lieux de concertation seront indispensables. C'est ce que J-P. VAN GIGCH (recherche de 1985, Grasse, Aix-En-Provence) appelle un méta-système.
En distinguant plusieurs niveaux de logique, nous introduisons des facteurs de performance dans les structures complexes.
Si l'exemple cité doit motiver un engagement externe de l'hôpital universitaire dans des lieux de concertation avec les tutelles, ces mêmes mécanismes existent à l'intérieur de l'hôpital.

P. LARDE caractérise également les logiques médicale et gestionnaire de la manière suivante :

Logique médicale	**Logique gestionnaire**
- singularisation des relations envers le patient versus une pensée collective	- formation à dominante juridico-économique et prolifération de règles et procédures formalisées
- pression à court-terme liée à la prise en charge en temps réel du patient	- pression du court-terme moins forte que chez les médecins
- identification à la profession	- tendance à s'identifier à l'hôpital plus qu'au métier à l'inverse du médecin
- partage des valeurs par un jeu à sommes nulles (voire négatives)	- ....
-	

Des lieux de concertation seront également nécessaires à l'intérieur d'une structure hospitalière pour que ces deux logiques puissent se nourrir mutuellement et se conjuguer plutôt que s'exclure.

En effet, pour E. MORIN, **des logiques différentes, complémentaires ou concurrentes,** voire antagonistes, peuvent se trouver réunies et coexister dans une même unité, **sans que leurs différences ne soient pour autant gommées** par cette unité.

Dans les entreprises industrielles, la logique du financier ne sera pas forcément celle de l'ingénieur ou du patron, etc... A un niveau plus conceptuel, ce sont des registres de pensée qui peuvent se trouver en opposition, comme la pensée philosophique, la pensée mathématique ou l'approche psychologique.

Le drame, c'est que la pensée humaine, dans sa spontanéité simplificatrice, pratique l'exclusion de ces logiques entre elles. Or, la richesse des situations et la consistance de notre devenir découlent de notre capacité à réunir ces logiques différentes dans des projets concrets.

Cette tendance à l'exclusion est particulièrement marquée dans les cultures cartésiennes où l'on a effectivement l'habitude de disjoindre les contraires, à la différence des cultures extrême-orientales où l'on raisonne constamment en cojoignant des phénomènes antagonistes (**le Ying et le Yang**).

E. MORIN propose le processus de **"distinction-conjonction"** comme alternative à cette façon unidimensionnelle de prendre les problèmes en supprimant les conjonctions entre les logiques. Au contraire, les logiques sont distinguées les unes des

autres et leurs différences sont affirmées, mais elles ne sont pas séparées de la problématique globale à laquelle elles appartiennent. Sans nier leurs existences respectives, on les articule l'une à l'autre en vertu d'une logique de niveau supérieur qui les intègre sans réduire leurs spécificités.

Au prix d'une complexification de la pensée, on améliore la qualité des décisions prises. L'autonomie et la solidarité deviennent progrès, la délégation et la directivité, dans les domaines où le collaborateur montre quelques lacunes, deviennent efficacité.

Les entreprises où l'expression est libre, où on se donne du temps et des lieux pour changer de niveau de réflexion, savent mobiliser les intelligences individuelles et collectives sur les enjeux de la complexité, en faisant circuler du sens, en explicitant les finalités poursuivies, en partageant les visions aux différents niveaux de logique. Leurs capacités d'adaptation à un environnement changeant et incertain s'en trouvent décuplées.

L'un des moyens pour expliciter ces valeurs est le projet d'entreprise. Il peut donner d'excellents résultats à condition qu'il permette à tous les membres d'une collectivité de s'exprimer et qu'il permette à l'entreprise de préciser ses raisons d'être et ses ambitions. Ce n'est pas la seule façon ni le seul moment pour donner la possibilité aux individus de participer à la construction de leur entreprise. Les groupes de progrès, les entretiens périodiques avec son responsable, la gestion de projets transversaux sont autant d'occasions pour les individus de participer à une transformation progressive de leur entreprise dans un sens qu'ils pourront mieux partager.

Il en sera de même dans les lieux de rencontre externes à l'entreprise ou via la participation aux réseaux entre hôpitaux généraux et hôpitaux universitaires, les réunions de réflexion et de coordination de la politique de santé entre hôpitaux et les tutelles. La fréquentation de ces lieux de réflexion est une pratique à encourager et à faciliter pour les personnes-clés de l'entreprise.

Laisser des espaces pour construire les finalités de l'entreprise et de la politique de santé doivent être des actes de la stratégie interne ou externe voulus, donc organisés (21).

2°) LES ELEMENTS DE MISE EN OEUVRE DU MANAGEMENT STRATEGIQUE DANS UN ENVIRONNEMENT COMPLEXE

III.3. Le management stratégique dans un environnement complexe

Pour dépasser la difficulté de la complexité, la stratégie ne peut se contenter de se référer aux structures, aux moyens et aux objectifs intermédiaires qui sont de l'ordre du prévisible et du certain. Ceux-ci peuvent effectivement se trouver mis en cause par des événements imprévus.

Pour J. MELESE : une organisation, une partie d'organisation, un groupe, un organe deviennent complexes, lorsqu'à leur niveau de nombreux facteurs interfèrent et que les variables de divers champs peuvent être mises en relation entre elles. Ces diverses combinaisons expriment alors des états de fonctionnement singuliers (17).

S'il est courant de relier l'individualité au fait qu'un hôpital dégage des buts spécifiques cohérents avec les buts de l'organisation de niveau supérieur (tutelles, par exemple), il faut noter que cette propriété dépend directement de la complexité.
En effet, si toutes les variables sont commandées de l'extérieur, aucune organisation originale ne peut se développer, pas plus que des projets individuels ne peuvent émerger.

Une certaine autonomie de gestion est nécessaire vis-à-vis de l'extérieur (tutelles, groupes de pression,...) pour que l'hôpital développe des projets d'entreprise

cohérents et répondant à des finalités de niveau supérieur (sociétaux par exemple).

Les invariants, mis en évidence par J. HOUSSIAUX dans sa recherche sur les mécanismes de "pouvoir de monopole" en 1958, plaidaient déjà pour le maintien d'un certain niveau d'autonomie et de complexité dans les organisations (cfr. Chap. III.3.1.).

La stratégie doit se référer à une vision qui reste valable dans les moments d'incertitude.

Cette vision donne un sens à l'action et comporte les éléments de mobilisation essentiels pour induire les changements quelles que soient les turbulences qui surviennent (21).

Vision : c'est la description du projet de changement retenu pour renforcer la position de l'entreprise, pour améliorer son fonctionnement et accroître un avantage concurrentiel ou supprimer un handicap (28).

La vision contient trois éléments :

- l'explication de l'origine du changement
- la description de l'objectif visé, exprimé de manière précise et facile à comprendre à un niveau de généralité élevé pour rester pérenne pour toute la durée du changement. Il sera scindé par sous-objectifs de 2 en 2 ans, si

l'objectif global porte sur une longue période, ..)

- les grandes lignes des actions à engager.

Un environnement peut être complexe par les turbulences, la nature des structures internes ou externes, la nécessité de réaliser successivement des missions dont les objectifs diffèrent, ... Les structures très stratifiées et de grande taille s'accommodent mal à ces types de contraintes. Par contre, les structures composées de petites équipes (équipes de projet de 4 à 5 personnes) s'accommodent bien à ces situations, à condition de satisfaire aux critères de succès minima : connaître les buts de

l'organisation, avoir une vision claire, disposer des compétences complémentaires spécialisées ou non, être soutenue et conduite par un leader ou un chef de projet (25).

"A company will get nowhere if all the thinking is left to management. Everybody in the company must contribute. That means letting low level employees do more than just manual labor. All employees must contribute their minds".

AKIO MORITA , P.D.G. de SONY (103).

Dans un environnement changeant, la logique de création de valeur ajoutée change. On demande au client de servir de prolongement dans la création de la valeur ajoutée, tout comme on sollicite davantage les fournisseurs et sous-traitants. L'entreprise tente de développer la compétence et la créativité de ses clients et fournisseurs. Elle consacre ses ressources et ses compétences pour se différencier en se spécialisant dans son métier.

La structure organisationnelle est un cadre qui organise les ressources humaines de l'entreprise. Pour gérer un projet de changement, il faut souvent en sortir car les solutions à mettre en oeuvre quand on travaille sur des processus coïncident rarement avec les frontières qu'elle trace (disposer d'équipes transversales et interfonctionnelles).

Dans un environnement turbulent, **la capacité à changer nécessite** une structure flexible dans laquelle des équipes peuvent rapidement se mobiliser pour anticiper les événements et adapter les processus.

> **Le rôle de l'expérience et les relations informelles entre les modules définis par la structure sont plus importants que les définitions de fonction. Un chef de projet doit pouvoir rapidement rassembler les compétences qui lui sont nécessaires et la structure rendra cette mobilisation possible.** (28)

La théorie de la contingence vise également à adapter le système de contrôle de gestion en fonction des aspects organisationnels tels que la taille, la technologie, le style managérial et la nature de l'environnement de l'entreprise (38).

L'hôpital est caractérisé par une structure organisationnelle très fragmentée par domaine de spécialisation. Cependant, les projets transversaux ne sont pas toujours faciles à gérer, compte tenu des différentes sous-cultures en présence. Différentes approches théoriques sont régulièrement citées pour tenter d'expliquer les mécanismes de régulation qui régissent le fonctionnement de l'hôpital.

1°) La théorie de l'agence (38) :

- un principal (ou un supérieur) délègue la prise de décision à un agent (ou le subordonné) qui sera reconnu lorsqu'il aura réalisé sa mission dans le cadre du contrat défini entre lui et le principal

- l'agent a toute l'autonomie pour réaliser sa mission et ses actions
- l'absence de conflit de position entre le principal et l'agent est de règle
- en plus de l'analyse des budgets alloués, le cadre du "reporting" est complété par des facteurs de comportement et de motivation (par souci d'efficacité et de maximisation de l'utilité des actions entreprises)
- l'agent n'est plus nécessairement payé sur base d'un salaire fixe, mais également par une partie variable liée aux résultats de son département
- ....

Ces observations, constatées dans le secteur marchand, sont probablement pertinentes dans le cas d'un hôpital universitaire couvrant de multiples spécialités.

Le problème-clé à résoudre est la détermination du contrat optimal qui va lier le principal et l'agent et fixer les modalités de rémunération de l'agent (46). Afin que ce contrat soit acceptable pour l'agent, il doit lui assurer une rémunération

pour ses efforts au moins égale à celle qu'il pourrait obtenir en travaillant ailleurs. Le même contrat, pour qu'il soit satisfaisant pour le principal doit assurer à ce dernier l'utilisation optimale de son capital, ou en termes plus financiers, la maximisation de la valeur actualisée nette des flux futurs.

Une difficulté supplémentaire provient du fait que le contrat qui lie le principal et l'agent doit être déterminée ex-ante, sinon l'agent pourrait craindre pour sa rémunération future et refuser de s'engager dans cette relation.

Différentes solutions sont envisageables, mais pour être durables, elles supposent cependant que le principal soit capable d'observer lui-même l'effort produit par l'agent, sinon il est dans l'incapacité de le récompenser correctement.

Dans la théorie de l'agence, le résultat final obtenu par l'agent est non seulement en rapport avec l'effort qu'il a fourni, mais aussi avec d'autres variables aléatoires dont la réalisation ne peut être directement observée par le principal. Dès lors, le principal ne peut pas distinguer dans le résultat ce qui provient de l'action de l'agent et ce qui est la conséquence d'éléments qui échappent à son contrôle. Si la rémunération de l'agent est uniquement fonction de la production, alors elle devient aléatoire.

Le contrat, solution de ce modèle d'agence, a les caractéristiques suivantes:

- Si on le modifie quelque peu pour accroître le côté incitatif, le gain obtenu par le principal est plus que dépassé par l'accroissement de rémunération qu'il faut concéder à l'agent, en contrepartie de l'augmentation du risque qu'il supporte.
- Ce contrat ne permet pas d'atteindre la solution encore plus satisfaisante qu'aurait pu obtenir le principal, s'il avait été capable d'observer directe-

ment l'effort de l'agent et de le rémunérer en conséquence.

- La perte que doit accepter le principal, du fait de cette asymétrie de l'information, correspond à ce que l'on appelle un **coût d'agence.**
- Il est de l'intérêt des deux parties de tenter de réduire ce coût, l'un pouvant espérer une meilleure rémunération, l'autre un accroissement de la valeur financière de son actif.

Les développements de la théorie de l'agence concernent essentiellement les entreprises du secteur marchand (principalement les marchés financiers). Cependant, les marchés sont de plus en plus analysés en tant que forme organisationnelle. M-C. MASSE cite les propos de KLEIN (1983) : "la question de ce qu'est la caractéristique essentielle d'une firme apparaît aujourd'hui sans importance. Penser toutes les organisations comme des ensembles de contrats explicites et implicites entre les détenteurs de facteurs de production représente une avancée fondamentale".

Le contrôle organisationnel décomposé selon la pyramide d'ANTHONY accorde une importance cruciale à l'évaluation de la performance (évaluation des productions et des comportements). Si les tâches sont hautement programmables, un contrôle fondé sur l'évaluation du comportement est tout à fait possible; sinon, il faut s'interroger sur la faculté de mesurer le produit.

S'il est aisé de mesurer le produit, la mesure de la performance sera centrée sur la production, sinon il faudra en revenir à un contrôle fondé sur la socialisation des acteurs. Pour OUCHI (1977), la théorie de l'agence nous permet de compléter le contrôle organisationnel structuré par un contrôle décentralisé proche des acteurs et fondé sur les processus et les comportements.

L'approche du contrôle par la théorie de l'agence nous permet ainsi de dépasser les représentations dichotomiques "programmabilité des tâches/mesurabilité de la production" et de réfléchir en terme d'incitation et de partage des risques au travers d'un système de partage de l'information.

Compte tenu des spécificités de l'hôpital universitaire, il nous paraît intéressant de nous référer au modèle de la théorie de l'agence pour la mise en évidence d'un système d'analyse stratégique. En effet, la définition d'une politique orientée par une vision à long terme passe nécessairement par une réduction de l'asymétrie de l'information entre les professionnels, l'équipe de réflexion stratégique et les centres de décision. Pour le chef de service ou le chef de département, le modèle de l'agence devrait également permettre de réduire les coûts d'agence par un meilleur partage des risques pour le développement de nouvelles activités ou la mise en place de nouveaux investissements.

Les initiateurs de la théorie de l'agence, FANNE et JENSEN eux-mêmes (1983), ont étendu leur analyse à des domaines aussi différents que les mutuelles financières, les universités, voire même l'église catholique.

Pour FANNE et JENSEN, ce qui distingue les différentes formes d'organisation, c'est le statut de ceux qui supportent son risque résiduel. Les résultats de l'activité étant aléatoires, il y a bien un groupe d'acteurs dont la rémunération n'est assurée que lorsque tous les engagements prévus au sein des différents contrats sont tenus.

Dans le cas de l'hôpital, l'utilisation du "matériel productif" par les professionnels ne donne pas lieu à la réalisation d'une production qui se traduit en revenu marchand. En effet, le statut de service public ne permet pas de faire apparaître un solde significatif entre produits et charges, puisque les produits sont, par définition,

calculés pour équilibrer les charges.

Par contre, la demande de soins peut être plus ou moins élevée. Le service peut choisir de faire face en totalité à cette demande et, dans ce cas, la satisfaction du public est totale. Si la demande est particulièrement élevée, il est conduit à consommer plus de moyens et, éventuellement, avoir le désagrément de devoir gérer une situation financière dégradée. Dans ce cas, la Direction doit supporter le risque résiduel et, si nécessaire, en référer aux tutelles.

Une autre situation peut être envisagée. Le service limite ses consommations à ce qui est initialement prévu, il n'augmente pas sa production et ne satisfait pas dans l'immédiat la demande du public (allongement de la liste d'attente, réadressage de patients vers d'autres structures hospitalières, ...)

Cette "défaillance" dans le service promis, représente la "carence". Dans ce cas, le risque est supporté par le patient. A un seul résidu, dans le secteur marchand, (le résultat : différence entre production et charges), correspondent dans le modèle de l'hôpital deux éléments résiduels : le dépassement des consommations et la carence.

Les conditions de réalisation de cette production de services de soins peuvent varier selon l'attention et les efforts fournis par le service. L'objectif de la Direction, en matière de contrôle des dépenses courantes, peut consister à sensibiliser les services pour qu'ils produisent par eux-mêmes l'effort le plus élevé de contrôle de leurs dépenses. C'est le budget de service qui peut ainsi être l'objet d'un "contrat" de gestion entre la Direction et le centre opérationnel.

Pour atteindre ce but, il peut être avantageux de récompenser les moins gourmands.

Une des fonctions d'incitation, apparemment efficace, identifiée par M-C. MASSE, porte sur le financement des projets d'activités nouvelles.

Les financements accordés à ces nouveaux projets étant rationnés, l'attribution de fonds, de locaux et d'équipements peut être vécue dans ce cas comme une récompense.

Une commission mixte composée d'administratifs et de médecins permet de renforcer cet aspect incitatif. En effet, l'association des professionnels dans le processus de décision permet, par l'apport de leur expertise, de mieux distinguer dans le résultat ce qui provient de l'action des professionnels et ce qui est la conséquence d'éléments qui échappent à leur contrôle.

L'administratif promet un budget de service, le professionnel s'engage à fournir une quantité et une qualité de soins et à faire l'effort nécessaire pour maîtriser ses dépenses. Les deux savent bien que si les dépassements budgétaires sont évités ou limités, la perspective d'obtenir le financement d'activités nouvelles s'avère prometteuse. Il s'agit là, comme dans le modèle classique d'agence, d'un quasi contrat défini ex- ante. Encore faut-il que les engagements soient tenus ex-post.

Dans le cas du CHRU de Lille, la confiance, que peuvent avoir les professionnels dans la capacité de l'administration à tenir ses engagements, est renforcée par la présence de certains de leurs pairs au sein des Commissions mixtes.

Cette relation de confiance est probablement un vecteur pris en considération par les professionnels pour l'acceptation des projets d'investissements nécessitant l'obtention de financements auprès des tutelles pour l'acquisition de nouveaux équipements, ...

La confiance, définie dans le sens donné par BRETON et WINTROBE (46), peut se présenter sous la forme d'un investissement progressif, lié à la mise en oeuvre des mécanismes de fixation et de revision des budgets des dépenses courantes. Dans le cas du management stratégique, il s'agit de s'engager pour une longue période. Nous opterons pour la définition de SALMON. En effet, celui-ci reproche à BRETON et WINTROBE leur recours à l'induction. L'accumulation de la confiance, en fonction de l'expérience passée, peut aboutir à des comportements irrationnels.

SALMON retient la définition suivante : la confiance est la probabilité attribuée par une personne au respect d'une promesse non obligée (souvent implicite) qui lui a été faite par une autre personne".

Pour lui, l'évolution de la confiance ne se fait pas uniquement en fonction de l'expérience passée, mais en tenant compte de tout ce que peut déduire la personne des hypothèses qu'elle peut émettre sur le comportement de l'autre en utilisant toute l'information qu'elle détient.

En conclusion, le critère de l'ancienneté dans l'organisation n'est pas déterminant pour la composition des commissions mixtes ou des "sommets stratégiques", tels qu'ils sont définis par H. MINTZBERG.

2°) La théorie des transactions informelles :

Alors que dans la théorie de l'agence, un principal est en rapport avec un agent, les fondateurs de **"la théorie des transactions informelles"** que sont BRETON et WINTROBE placent au sein d'une bureaucratie un "sponsor" au-dessus d'un "bureaucrate". L'intérêt de ce modèle, tout comme celui de l'agence est de ne pas retenir une description purement mécaniste du fonctionnement de l'hôpital, tout comme c'est le cas dans les systèmes classiques de contrôle organisationnels. A côté de la structure formelle qui n'est pas totalement délaissée, les aspects informels font l'objet d'une attention particulière.

Le modèle de l'agence privilégie le marché où se nouent les contrats. Les transactions informelles s'effectuent, quant à elles, au sein de réseaux. Les marchés peuvent être organisés et les transactions sont alors le monopole des membres des réseaux. Etre admis dans un réseau n'est pas toujours facile, mais c'est sans aucun doute une des garanties de la bonne exécution des échanges.

Ces aspects sont vitaux dans les relations de confiance entre un hôpital universitaire et les organismes de tutelles, notamment pour l'obtention du financement de nouveaux investissements. Ils conditionnent également le maintien des pouvoirs de monopole pouvant se justifier pour la recherche d'innovations médicales.
Dans ce cas, le "sponsor" est représenté par les tutelles et le "bureaucrate" par les professionnels de l'hôpital. Ces réseaux informels sont au coeur des systèmes d'information stratégique et doivent être recombinés dans le cadre plus formel de la structure organisationnelle par la Direction d'un hôpital.

Pour s'en convaincre, il suffit d'imaginer la concrétisation d'un projet d'investissement qui, inévitablement, devra intégrer, le moment venu, les systèmes de

gestion des dépenses courantes. Le couplage entre le contrôle organisationnel et la stratégie exige cet effort d'intégration tant des professionnels que des administratifs.

Néanmoins, les réflexions menées au sein des réseaux informels doivent nécessairement rester cohérents par rapport à la vision stratégique de l'hôpital. Bien que des indicateurs permettent de situer les carences de l'offre par service, les méthodes d'analyse stratégique telles que le diagnostic opérationnel et l'analyse des facteurs critiques de succès amènent les professionnels à jouer un rôle d'intégration au sein d'équipes de réflexion.

Il est pertinent de mettre en oeuvre de tels réseaux internes de réduction des risques (notion utilisée dans la théorie de l'agence), ou de réduction de l'incertitude (notion utilisée dans la théorie des transactions informelles). Dans la théorie de l'agence, aux risques peuvent être associées des probabilités, alors que dans la notion d'incertitude, il est impossible de définir les états de la nature que peut prendre l'environnement dans le futur. Dans ces deux approches, les réseaux internes permettent de réduire les asymétries d'informations.

a) Changements exogènes :

Comme nous l'avons évoqué au Ch. III.3, relatif aux pouvoirs de monopole, la mise en oeuvre du management stratégique nécessiterait une évolution des modes de planification du système de santé par les tutelles pour pouvoir se développer au delà des faibles marges de manoeuvre dont le secteur dispose actuellement.

Nous savons également que plus un secteur est en difficulté, plus il est nécessaire d'engager des changements en "profondeur". C'est-à-dire, des changements remettant en cause la stratégie, la structure organisationnelle et les valeurs partagées (28).

Appliqué au système de soins, cela signifie:

- remise en cause de la politique de santé permettant d'améliorer les systèmes de soins en supprimant certains handicaps du système actuel.
- remise en cause de la structure de financement et de contrôle sur base des politiques ainsi redéfinies.
- réaffirmer les valeurs défendues (accessibilité pour les patients, régulation des ressources, promotion et évaluation de processus de soins de qualité,...).

La durée de changement doit être la plus courte possible. Or celle-ci dépend de la profondeur du changement et des résistances à vaincre. Si ces deux facteurs sont présents simultanément comme nous pouvons l'imaginer, il sera nécessaire de décomposer le processus de changement en étapes successives.

Le principe suivi pour la mise en place des systèmes qualité (EN 45001) en matière de biologie clinique en Belgique semble répondre à ces critères. Dans ce cas, il s'agit d'un changement imposé et non consensuel. C'est habituellement un mode de changement contradictoire pour lequel le temps manque pour le dialogue entre les deux parties. (28)

b) Changements endogènes :

La structure organisationnelle est un cadre duquel il faut souvent sortir, car les solutions à mettre en oeuvre pour réaliser les changements internes coïncident rarement avec les frontières qu'elle trace. Il est souvent nécessaire de mettre en place des équipes transversales et multidisciplinaires.(28)

L'implication de la DIRECTION est la seule garantie d'un changement en profondeur.

Les progrès seront rendus visibles au travers d'indicateurs permanents proches des actions menées et formulés en unités concrètes pour les acteurs des projets concernés (réduction du taux d'analyses à refaire, réduction de délais, suivi des infections pour certaines procédures particulières de soins, ...).

Les étapes de changement gérées en projet ne doivent pas durer plus d'un an. Le scepticisme et la démotivation seront tels que la probabilité diminue de voir le changement se réaliser complètement.(28)

Dans le long terme, la réussite du changement ne sera possible que si l'objectif prioritaire est intégré au système de gestion et constituera le critère principal d'évaluation (intégration d'indicateurs de gestion de la qualité, si les objectifs de l'hôpital sont formulés comme tels, ...).

Rôle des responsables de départements ou des cadres de gestion en matière de communication :

- niveau de connaissance de l'information opérationnelle:
  - Dirigeants : bas
  - Cadres du niveau de gestion : moyen
  - Gestion opérationnelle : élevé
- niveau de connaissance de l'information stratégique (des opportunités, des initiatives des concurrents,...)
  - Dirigeants : élevé
  - Cadres du niveau de gestion : moyen
  - gestion opérationnelle : bas

Les cadres du niveau de gestion sont donc les mieux placés pour servir de relais pour la communication et assurer les fonctions de "chefs de projets".

Nous sommes donc très près du niveau opérationnel et les circuits entre la Direction et les niveaux d'encadrement nécessitent la mise en place d'un réseau de communication directe adapté à la taille de l'établissement. Ce type de réseau exige la présence d'une culture de communication directe (comités de pilotage des projets, ...)

Les modifications apportées dans la structure organisationnelle déstabilisant l'entreprise créent souvent l'illusion de résoudre un problème existant. Elles ne se justifient que lorsqu'elles représentent une solution d'amélioration pour faciliter le fonctionnement de l'organisation en cohérence avec la stratégie, la culture et les modes de gestion des processus.

Les méthodes et outils de gestion ne suffisent généralement pas à asseoir le succès d'un processus de changement. Nous savons que la mise en oeuvre d'un projet stratégique exige un dépassement des résistances internes.

Pour y parvenir, les leaders internes du changement doivent avoir une certaine humilité pour accepter de mener des expériences avec les groupes de travail. Ils chemineront dans un projet où des réajustements seront nécessaires du fait des dimensions imprévisibles des comportements humains.

Les systèmes rigides et directifs ne sont pas adaptés au droit à l'erreur.(28)

*Les leaders sont au service des équipes et non au dessus de celles-ci. Ils sont coordonnateurs, formateurs et mentors. Leur rôle est de démolir les barrières (horizontales ou verticales) et d'**"aider à gagner"**.*

Les évolutions de l'environnement requièrent, de la part de l'entreprise, des capacités de réponse rapide, de souplesse, que les structures conditionnent largement. Pour nombre d'entreprises en difficulté, le naufrage s'explique plus par les insuffisances internes de management que par la tempête qui sévit à l'extérieur (33).

Au titre de ces insuffisances, on relèvera aussi bien l'absence de pouvoir que les conflits permanents de pouvoir qui paralysent l'action.

Pour MARY PARKER FOLLET : ***le vrai pouvoir*** *d'un chef ne se mesure pas au travers de la domination qu'il exerce sur les autres mais à sa capacité à développer l'initiative et la responsabilité de ses subordonnés. Ceci oblige les cadres et dirigeants à une "révolution mentale" visant à asseoir l'autorité non plus sur la fonction et les titres mais sur la compétence et la capacité d'animation.*

La qualité des stratèges est en relation directe avec les quantités d'informations à collecter au cours du processus de prise de décision. (26)

En effet, la notion d'utilité varie en fonction de la personnalité, de la formation, du domaine de compétence, de la spécialité,...

La prise de décision implique toujours la prise de risque par le responsable alors que la valeur de la décision dépend largement de la qualité de l'information collectée et du traitement effectué.

Tout décideur a sa propre aversion face au risque et le poids de l'information dans le processus de prise de décision varie d'un individu à l'autre.

Actuellement, pour aider le décideur à savoir si une nouvelle opportunité stratégique justifie l'abandon d'un plan d'action, des outils pratiques ont été développés au départ des modèles cybernétiques.

Ces outils peuvent être utiles dans la mesure où **la stratégie en cours de mise en oeuvre se modifie dans sa structure, même à cause des effets en retour provenant de l'environnement.**

Il ne s'agit pas d'une simple rétroaction des sorties sur les entrées comme c'est le cas en cybernétique, mais d'un comportement synchronique de la stratégie lors de sa mise en oeuvre sur la manière de concevoir cette stratégie, c'est à dire l'action diachronique (par simulation).

Comme il est démontré que **les décideurs éprouvent toujours beaucoup de difficultés à faire évoluer leurs plans en fonction des signaux émis par l'environnement,** ces outils peuvent faciliter les analyses répétitives (35).

Dans un secteur de technologie avancée, malgré la concurrence serrée, seuls **les stratèges peuvent réussir et pas les opportunistes** (100). Il ne suffit pas de bondir sur une opportunité, mais il faut analyser ses atouts et ses forces.

"Dans l'optique stratégique, il importe de comprendre les choix fondamentaux qu'on doit faire aujourd'hui et les conséquences de ces choix sur l'avenir de l'entreprise".

Ces orientations ne pourront être sélectionnées correctement que si les stratèges traitent convenablement les informations qu'ils collectent. En effet, la compétence du Dirigeant dépend largement de sa capacité à stocker l'information dans sa mémoire, à la classer et l'utiliser intelligement. L'information recueillie à un moment donné doit lui permettre d'actualiser sa connaissance sur un point précis, afin de prendre la bonne décision.

Le poids relatif de l'information sera très variable d'un individu à l'autre et sera également lié à son aversion au risque. Différents cas de figure peuvent se présenter (26) :

- **l'intuitif** : se fie à son expérience et à son flair et utilise peu d'information.
- **le prudent** : est friand de beaucoup d'information et ne s'engage pas à la légère.
- **le "puit de science"** : a une grande capacité à engranger des connaissances nouvelles et peut se contenter d'un strict minimum d'information comme il peut être avide de quantités importantes.

Les besoins en informations utiles lors de la prise de décision stratégique dépendent également de certains "facteurs critiques de succès". (117)

Le comportement du Dirigeant face au risque dépend aussi de sa compétence pour le domaine traité. Celle-ci est liée à sa formation et sa spécialité, mais aussi à son expérience personnelle ainsi qu'à celle de l'équipe qui le conseille.

L'information et les systèmes de réseau qui la fournissent leur apparaissent comme des armes stratégiques. **Pour les dirigeants, l'information constitue leur matière première.** (105)

Pour HENRY KISSINGER, est stratège celui qui a "...l'habileté à saisir l'essentiel au sein d'une masse de faits, l'intuition permettant de déceler, parmi plusieurs hypothèses également plausibles, celle qui se révèlera juste dans l'avenir".

La recherche d'opportunités centrées sur les activités de base est une décision "intraprenante" impliquant beaucoup d'imagination et d'intuition en plus du professionnalisme. (12)

De plus, les projets de changement nécessitent un travail de collaboration des personnes qui se font naturellement confiance, entre autres par le fait qu'elles ont toutes bien intégré la culture et la vision de l'organisation en place.

Par conséquent, le nouvel engagé, qui intègre une équipe de Direction, aura besoin d'un certain délai avant d'obtenir la confiance des autres. Cette réalité est fondamentale et ne peut être négligée par le dirigeant lors du traitement d'informations en vue d'orienter un projet stratégique.(12)

La seule constante qui permette aux entreprises d'arriver à des résultats et de les maintenir, c'est la qualité de ses leaders. Actuellement, les faits et la réalité nous amènent à considérer que la gestion manageriale devient la gestion de l'incertitude. Cela implique de transiter d'un processus résolutoire à un autre.

Les théoriciens doivent céder la place aux politiciens (au sens premier du terme) afin de guider, entraîner et motiver les femmes et les hommes de l'entreprise. (106)

Alors que Th. MARX a pu élaborer un schéma d'évolution du management stratégique et identifier les obstacles rencontrés en fonction du niveau de maturité de l'entreprise par rapport aux méthodes à utiliser, le style de Direction, associé à l'évolution de l'entreprise en longue période, a également fait l'objet de différentes recherches.

Ces modèles reposent sur une analogie biologique élémentaire : l'entreprise, comme tout organisme vivant, naît, se développe et meurt. Le modèle le plus élaboré et le plus complet que nous retiendrons est celui des cycles de vie des organisations de Ichalz ADIZES (139).

A chaque stade d'évolution correspond un style de management et des managers.

STADES DE CREATION

1°) La naissance :

L'esprit d'entreprise constitue l'élément le plus important. Il n'y a pas une organisation mais un ou plusieurs individus qui doivent vendre leur projet aux autres et renforcer leurs propres engagements.

2°) L'enfance :

Il s'agit ici d'agir, de mettre en pratique les idées, de produire des résultats. Ceci se fait, en général, sans l'aide de politiques, de systèmes, de procédures, de budgets. L'organisation est très centralisée. L'entreprise avance à toute allure en ne connaissant ni ses atouts, ni ses points faibles. Pour évoluer vers le stade de "démarrage", il est souvent utile de faire appel à une personne extérieure pour extraire les responsables de leurs tâches quotidiennes et recréer un véritable "esprit d'entreprise".

3°) Le démarrage :

Il est à prendre au sens d'une intervention proprement dite dans l'environnement concurrentiel, grâce à une orientation vers les résultats combinés à une vision et un appétit.

STADES DE CONSOLIDATION

4°) L'adolescence :

Elle est caractérisée par la plus grande importance accordée aux fonctions administratives, aux tâches de planning et de coordination, au détriment des aspects productifs à court terme.

5°) L'entreprise à la force de l'âge :

Elle est marquée par l'apparition d'une structure organisationnelle fonctionnelle. Les niveaux d'aspiration de la Direction s'expriment en termes de fonctionnement ou de survie de l'entreprise. Elle a des objectifs et des stratégies à long terme. Les résultats deviennent stables et fixent les normes de sa profession. La croissance et les résultats ne sont plus erratiques.

6°) La maturité :

Cette phase est caractérisée par une orientation vers les résultats et l'institutionnalisation des systèmes, ainsi que d'une formalisation accrue. Les financiers prennent de l'importance au détriment des scientifiques et des innovateurs. L'entreprise prend moins de risques que jadis. L'esprit d'entreprise et la volonté d'entreprendre chancellent.

STADES DE DISPARITION

7°) L'aristocratie :

L'organisation compte sur le passé pour construire le futur et se "fige". Les résultats commencent à se dégrader, mais on se voile la face. On procède souvent à des fusions ou des acquisitions. Au lieu de renforcer son budget vers les postes de développement de ses activités et la recherche, on consacre toujours plus d'argent au contrôle opérationnel et on augmente ses prix. Le cercle devient vicieux et son diamètre s'amenuise sans cesse. Ce qui la tente à se tourner vers l'extérieur pour se développer par acquisition ou en tentant d'intégrer l'amont par le contrôle d'un réseau.

8°) La bureaucratie naissante :

La chute des résultats devient évidente et entraîne l'apparition de combats de personnes ou des comportements paranoïaques. Les démissions sont fréquentes. Les responsables montent des coalitions qui se modifient sans cesse au lieu de mettre en commun leurs talents pour créer de nouveaux produits ou de nouveaux marchés.

9°) La bureaucratie :

L'organisation est frappée de rigidité, d'immobilisme et coupée de son environnement. L'absence de la contrainte extérieure du marché peut encore la maintenir en vie. L'esprit d'équipe des Dirigeants est mort et seuls subsitent des règlements et des procédures.

L'interlocuteur d'une bureaucratie reçoit des réponses évasives à ses questions, parfois même erronées. C'est ce qui arrive aux organisations qui peuvent fonctionner en autarcie, tels certains services publics par exemple.

10°) La faillite finale :

Les plus forts ont démissionné depuis longtemps. Il ne reste plus que les myopes, les nouveaux venus et ceux qui, de toutes façons, n'avaient pas le choix. Les Dirigeants attribuent souvent ce qui leur arrive à des forces extérieures : le gouvernement, les concurrents sans scrupule, ... Mais dans leur for intérieur, ils savent bien que l'entreprise avait, depuis longtemps, commencé à mourir.

En conclusion, lorsque H. MINTZBERG qualifie l'hôpital de "bureaucratie professionnelle", il ne faudrait pas nécessairement associer le style de management et des managers à celui de la "bureaucratie" décrite par ADIZES.

Même si certains services publics sont positionnés par ADIZES dans cette catégorie, nous pouvons concevoir que l'hôpital ne peut pas en faire partie pour des raisons évidentes d'adaptation aux évolutions des états de santé et des besoins collectifs.

3°) LES ELEMENTS MANAGERIAUX

En complément aux variables fondamentales axées sur la qualité des managers et sur les systèmes d'information, **le succès à long terme de l'entreprise dépend aussi d'éléments liés aux méthodes utilisées pour prendre les décisions entrepreneuriales** (102).

Une des conditions préliminaires consistera à **disposer de ressources managériales équilibrées au niveau de l'équipe dirigeante** (marketing, production, recherche et développement et management général). L'entreprise disposera également des bases requises en matière de gestion du portefeuille des cadres, des ressources humaines incluant une politique de formation. Le management général renferme des notions de finance, et de développement stratégique en plus des ressources humaines.

En 1938, Chester BARNARD définit les déterminants de l'action d'un groupe structuré comme suit :

- avoir des buts communs
- avoir un système de communication
- avoir une volonté de coopérer

Les déterminants principaux de l'approche axée sur le management :

- systématisation de la politique de produits
- équilibre des grandes fonctions de l'entreprise et du portefeuille des cadres
- qualité des systèmes d'information
- systématisation de la politique d'innovation
- développement systématique des cadres
- utilisation des méthodes, outils et indicateurs de gestion de projets et opérations courantes
- ...

C'est, en effet, avec BARNARD que la stratégie quitte la pensée administrative. Chez ATT, il la développe de manière très interne, et il la décrit de la manière suivante (133) :

- "le processus de décision doit discriminer les facteurs stratégiques et redéfinir ou modifier le but commun sur la base des résultats futurs escomptés dans la situation existante, à la lumière de l'histoire, de l'expérience et de la connaissance du passé"

- "les décisions doivent prendre en compte ce qui est bon pour l'organisation du point de vue de l'équilibre interne et du point de vue de ses relations avec l'environnement général (y compris social), en se référant toujours au futur".

Les déterminants principaux de l'approche axée sur les managers (101):

- ont des visions personnelles des dirigeants
- ont un penchant pour l'action plutôt que l'analyse
- sont au contact des clients et connaissent leurs attentes
- favorisent l'autonomie, l'esprit d'équipe et répartissent les pouvoirs dans l'organisation partageant des valeurs culturelles communes
- concilient souplesse, rigueur et volonté d'organiser
- maintiennent des structures simples et légères
- intègrent les savoirs professionnels
- s'insèrent dans des filières et expriment des cohérences d'action à moyen terme
- sont aptes à gérer conjointement des opérations courantes et des projets (de façon professionnelle)
- contrôlent et gèrent leur environnement
- ...

Les points de repères repris ci-après n'ont pas la prétention d'être exhaustifs mais constituent quelques éléments intéressants à mettre au service du développement d'un projet. Ils peuvent également servir pour évaluer une situation existante.

III.6. Les objectifs stratégiques généraux

Il s'agit ici de situer l'entreprise par rapport à ses concurrents. Cela est encore plus important lorsqu'on souhaite se fixer des objectifs de différenciation, de spécialisation ou de développement par activité.

Une recherche effectuée par le PIMS (33) met en évidence une relation contingente entre les parts de marché et la rentabilité des entreprises. Cette relation a fait l'objet d'une analyse qui établit que : **la rentabilité augmente régulièrement lorsque la part de marché croît**. Cela vaut lorsque l'entreprise peut agir sur son environnement et détient un certain pouvoir stratégique.

Les méthodes les plus courantes de fixation et de suivi des objectifs de croissance sont :

- Matrices multi-critères d'attractivité/compétitivité des produits/marchés de F. PARIS (utilisable également pour se positionner vis-à-vis des concurrents en matière de réalisation des facteurs critiques de succès et des autres attributs des services et marchés)
- Le modèle A. D. Little.
- Le modèle d'analyse stratégique de la General Electric.
- La matrice de la position concurrentielle dans le modèle Mac-Kinsey.
- Le tableau des stratégies fécondes de Produit/marché de ANSOFF.
- Le modèle de la courbe d'expérience du Boston Consulting Group (BCG) et le modèle de positionnement du portefeuille du BCG.
- La matrice des stratégies de base selon PORTER.

Ces méthodes sont exposés de façon détaillée parmi les ouvrages de références suivants : (6), (7), (13), (14) et (15).

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'hôpital qui n'est plus suffisamment spécialisé perd un certain pouvoir stratégique ou une partie de son pouvoir de monopole tout en entrant dans une spirale d'appauvrissement. La partie traitant des systèmes d'informations stratégiques attire notre attention sur le faible degré de liberté de l'hôpital lorsqu'il base ses analyses stratégiques uniquement sur des données structurées.

Au-delà des données structurées, des variables plus qualitatives, voire des règles d'éthique doivent être intégrées pour guider l'hôpital vers une finalité qui considère les 4 dimensions de l'optique du "marketing sociétal" telle que définie par KOTLER au chap. III.6.3.

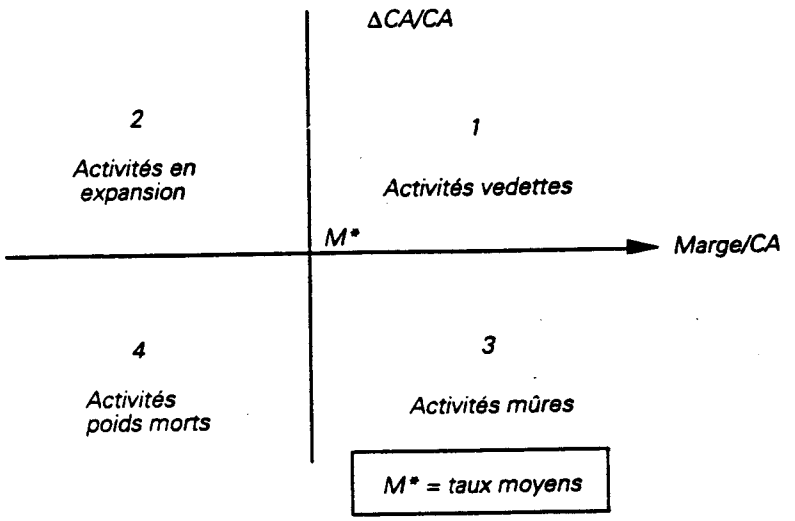
Néanmoins, compte tenu des faibles niveaux d'intégration entre les services et les départements d'un hôpital, le diagnostic interne de gestion peut être un bon point de départ pour identifier les états de différenciation et de spécialisation.

III.7. Le diagnostic opérationnel (33) :

Le diagnostic interne par activités et par produits établit une typologie interne des secteurs d'activité de l'entreprise au départ du système interne de gestion.

L'analyse financière n'est qu'un des éléments du diagnostic classique de l'entreprise : celle-ci doit aussi analyser ses produits, ses marchés (diagnostic opérationnel) et son organisation (diagnostic fonctionnel). Ces notions sont bien connues et sont abondamment exposées dans la plupart des manuels depuis le début des années soixante. Cette banalisation des outils contraste avec le fait que beaucoup d'entreprises n'ont qu'une connaissance très approximative de leur gamme de produits et des marchés correspondants, de l'évolution passée, de leur position concurrentielle des coûts et des marges par couples "produit-marché", et finalement des perspectives de leur développement. La même remarque s'applique si l'on considère les principales fonctions de l'entreprise (recherche, conception, production, achats, distribution et vente, finances, etc).

Seule une comptabilité analytique précise et exploitée, par exemple, dans le cadre de structures opérationnelles par centres de profits permet à l'entreprise de mieux se connaître. Cet effort est trop rarement mené à bien et encore plus rarement suivi d'effets. Il n'est pas nécessaire de connaître les méthodes modernes de positionnement stratégique (qui supposent des informations externes à l'entreprise comme le taux de croissance du marché ou la part de marché relative) pour établir une typologie interne des secteurs d'activité de l'entreprise.



En s'appuyant sur le système interne de gestion, dans la mesure où celui-ci existe, il est possible de positionner chaque activité en fonction du taux de croissance du chiffre d'affaires et du taux de marge/chiffre d'affaires (CA) dégagé dans un plan dont l'origine correspond aux taux moyens (M*). Des variables fortement corrélées au CA et au taux de marge peuvent également servir à établir une première approximation.

Dans le premier quadrant (nord-est) on trouve les activités "vedettes" de l'entreprise; elles ont une marge élevée relativement aux autres et leur chiffre d'affaires croît le plus rapidement.

Dans le deuxième quadrant (nord-ouest) se situent les activités dont la croissance du chiffre d'affaires est rapide, mais qui, peut-être en raison de leur caractère nouveau ou d'une mauvaise gestion, connaissent une rentabilité moindre.

Le troisième quadrant (sud-est) est le domaine des activités "mûres" qui dégagent une bonne marge (il n'y a plus d'investissement à faire), mais dont le taux de croissance du chiffre d'affaires est relativement faible, voire nul ou négatif.

Le quatrième quadrant doit retenir toute l'attention des dirigeants puisque l'on y retrouve les activités les moins rentables, éventuellement déficitaires, et dont le marché est en déclin. Pour l'entreprise, ce sont des activités dont la suppression doit être envisagée.

III.8. "Marketing sociétal" versus "optique produit" :

Selon l'optique "produit", le consommateur préfère le produit qui offre la meilleure qualité pour un prix donné. Dans cette hypothèse, l'entreprise doit se consacrer en priorité à l'amélioration de la qualité de ses produits. Dans le cas de l'hôpital, le produit sera la prestation technique du personnel médical ou non médical.

L'optique "produit" se rencontre dans de nombreux domaines, notamment ceux où la technologie est traditionnellement dominante.

Les organismes à but non lucratif font souvent preuve d'une orientation tournée vers le produit. Les universités présument que leurs elèves continueront à vouloir le même type d'enseignement. De nombreuses institutions à but non lucratif, pensent que le service qu'elles rendent au public est bon et que celui-ci devrait leur en être reconnaissant. Une telle confiance en la pureté et l'immortalité du produit finit par plonger ces institutions dans de graves ennuis (6).

Tout comme les entreprises du secteur marchand, les organismes à but non lucratif sont confrontés aux problèmes de marketing. Les attitudes et perceptions de leurs "clients" évoluent et la mise en place de stratégies de réponse s'impose.

Dans ce contexte, Ph. KOTLER et B. DUBOIS introduisent la notion de "marketing sociétal". En effet, l'optique du "marketing classique" est tournée vers les besoins du client et de la société pour engendrer leur satisfaction et accomplir les buts de l'organisation. Le problème est de savoir si une entreprise, qui identifie, sert et satisfait les désirs de ses clients d'une manière parfaite, agit nécessairement dans leur intérêt à long terme et dans celui de la société en général.

Dans le contexte du "marketing sociétal", les prises de décisions considèreront quatre dimensions : les besoins et les attentes des clients, l'intérêt des clients, les buts de l'entreprise et le bien-être social.

Les besoins pour lesquels il n'existe pas encore de solution bien définie feront l'objet de projets de recherche (dans le domaine de la santé : besoins liés aux nouveaux styles de vie tels que les drogues douces, besoins liés au vieillissement de la population, ...)

L'optique marketing classique ignore les conflits latents entre les désirs des clients, leurs intérêts et le bien-être collectif.

L'hôpital qui met en oeuvre une approche de marketing sociétal, pourra garder plus facilement le cap sur sa réelle mission de service collectif (service public).

Pour M. GODET, le salut de l'entreprise passe également par une veille stratégique de son environnement. Cependant les mécanismes permettant d'agir de manière pro-active ou rétro-active par rapport aux contraintes externes sont liées aux caractéristiques internes de l'hôpital.

Le style et les méthodes de management interne, ainsi que les caractéristiques de la structure, peuvent influencer la résilience de l'organisation face à une rupture externe ou lors d'un projet d'innovation décidé de manière autonome.

Pour s'en convaincre, il suffit d'imaginer les barrières rencontrées à l'entrée ou à la sortie. Comme le démontre M. PARTEN, ces barrières peuvent expliquer certains mécanismes de domination ou d'intégration par les tutelles.

Ces barrières peuvent être rationnelles (distances, ...), économiques (montant des investissements, économie d'échelle,...), technologiques ou culturelles

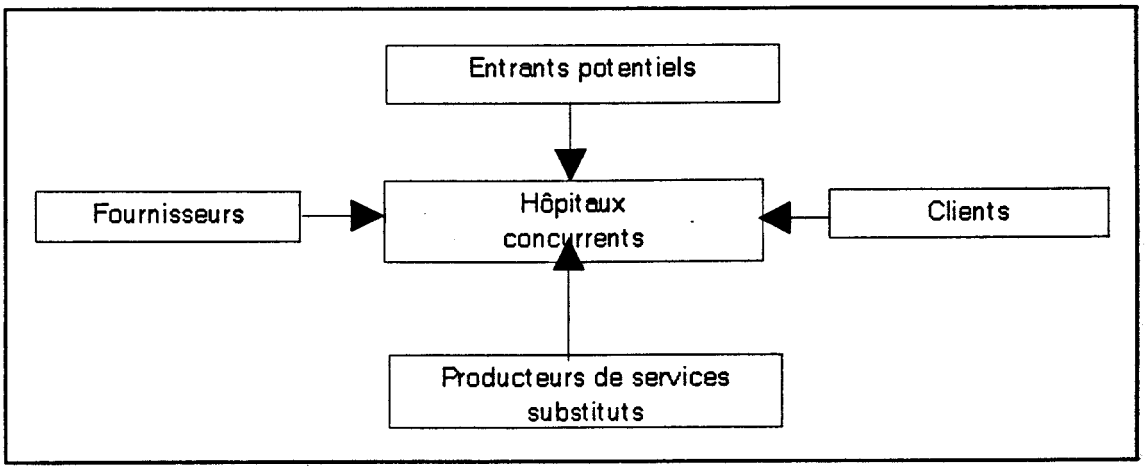
(image, savoir-faire, réseau, comportements,...). Dans certains cas, le nouveau venu dans un secteur (nouvelle activité développée par un hôpital, nouvel hôpital,...) doit créer son propre réseau de médecins adresseurs,...

La concurrence peut très bien vouloir se différencier par rapport à la qualité de service (vis-à-vis des patients et des médecins adresseurs, par exemple), mais également chercher une intégration vers l'amont (par association avec un tiers payant, une faculté de médecine, par la reconnaissance "service de référence", ...)

Dans ce jeu stratégique, une structure de soins doit compter avec d'autres acteurs : pouvoirs publics, syndicats professionnels, médias, associations caritatives, tutelles, ... Dans ces conditions la veille stratégique porte sur l'ensemble des changements politiques, techniques, économiques et sociaux qui affectent l'environnement général de l'entreprise. (33)

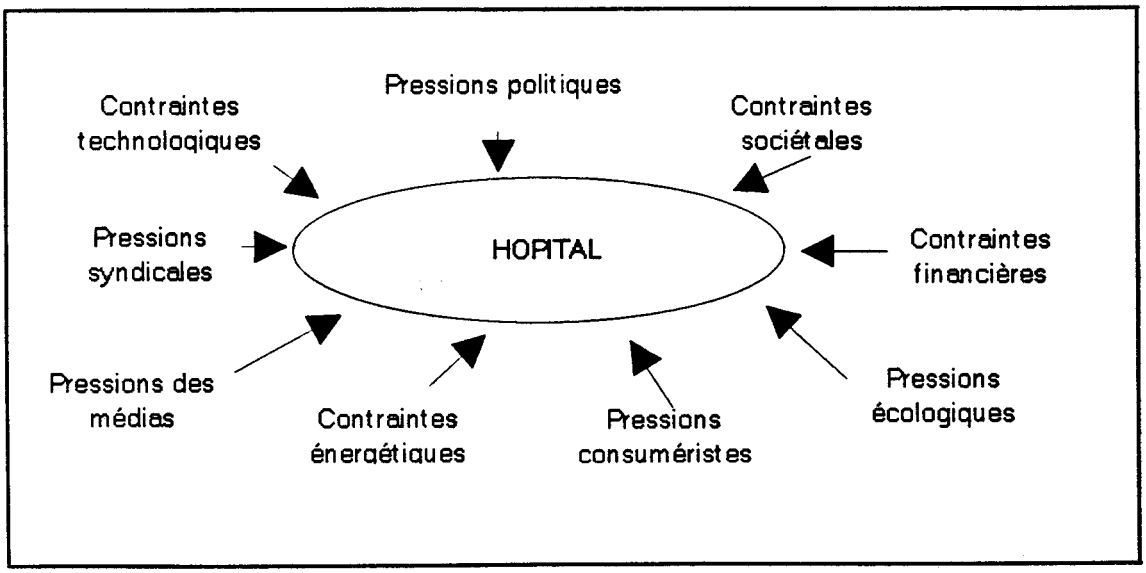
En outre, l'hôpital universitaire se procure des services et offre ses services au niveau mondial (recherche, transplantations d'organes,...). Il doit, par conséquent, suivre de près l'évolution internationale et même, bien souvent, anticiper certains changements pour réorienter à temps ses activités.

Les acteurs de l'environnement concurrentiel selon M. PORTER, adapté aux hôpitaux :



Les pressions et contraintes de l'environnement général:

Les différents vecteurs de contraintes repris ci-dessous, se retrouvent dans les trois niveaux de l'environnement: "micro", "méso" et "macro".



En milieu hospitalier universitaire, l'approche de marketing sociétal est préférable à celle de l'optique "produit", mais nécessite un centrage des priorités sur les attentes et les besoins du patient et du médecin prescripteur. Les orientations médicales et la participation active avec les tutelles pour la recherche du bien-être social collectif de la population seront clairement définies. De même, par opposition à l'optique "produit", la seule recherche de la qualité de ses produits (soit les soins) ne suffit plus, car une anticipation des problèmes à long terme pour lesquels il n'existe pas encore d'offre de service est nécessaire. Les hôpitaux universitaires ont un rôle important à jouer auprès des tutelles dans cette phase de recherche et de développement.

III. 9. Modèle d'analyse stratégique

En 1979, D. PAUL a effectué une analyse historique des théories et pratiques du management stratégique dans le cadre d'une Thèse d'Etat, défendue à l'Université de Paris - Dauphine. (48).

Une des procédures qui recouvre largement les pratiques des entreprises françaises peut se résumer en cinq phases, qui sont parcourues de façon itérative et non séquentielle.

Phase 1 : Analyse et diagnostic de la position stratégique

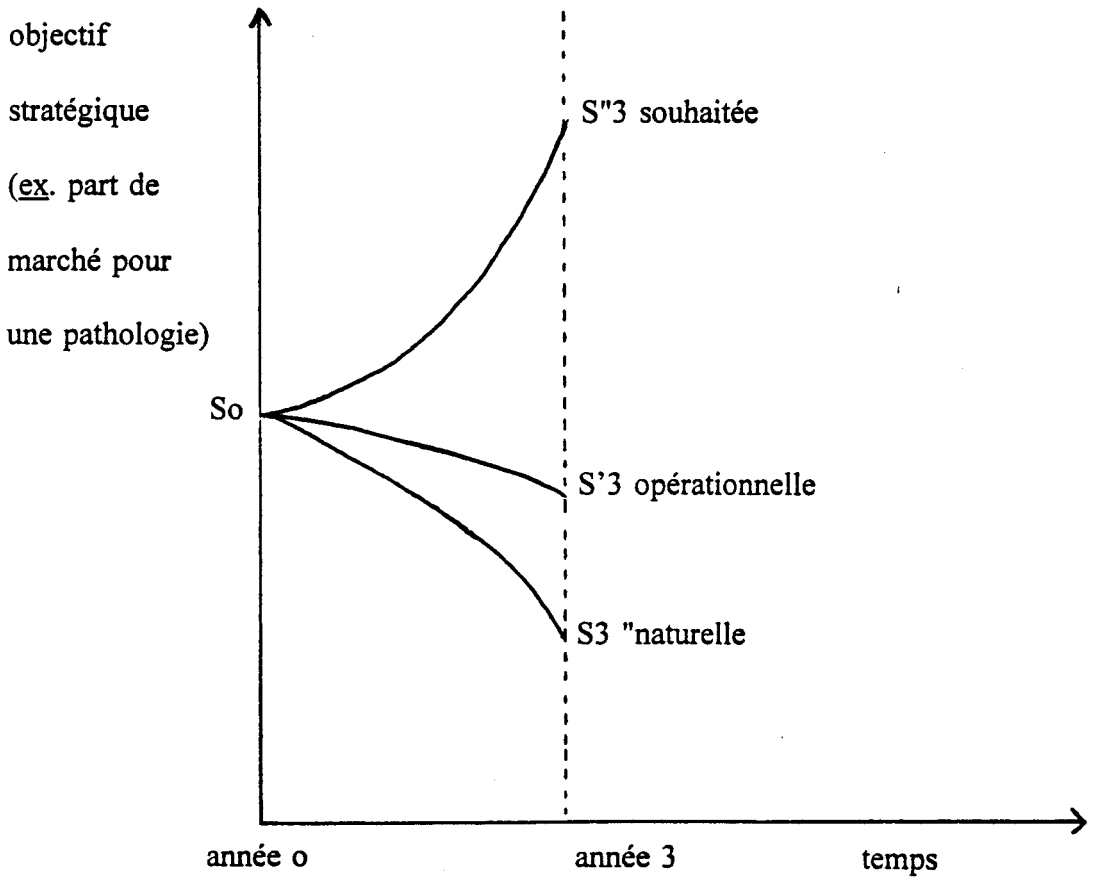
- analyse des forces et contraintes
- analyse des potentialités internes de l'entreprise
- déséquilibres essentiels

Phase 2 : Expression de la politique générale

- finalité et mission assignées à l'entreprise (tient compte des jeux du pouvoir des actionnaires, groupes de pression, pouvoirs publics, ...)
- objectifs stratégiques (discriminants et utilisables comme guide à l'action)

Phase 3 : Plan stratégique

- écart entre la position que l'entreprise atteindra vraisemblablement si on la laisse évoluer "naturellement" et la position souhaitée (par confrontation entre le diagnostic et les objectifs)



- Ecart opérationnel (S3 - S'3) : explicité par une amélioration soutenue des activités existantes.

- Ecart stratégique : ne peut être réduit que par des manoeuvres stratégiques nouvelles

Phase 4 : Plan opérationnel

- traduire en programmes relativement détaillés les actions nécessaires à la mise en place des manoeuvres stratégiques retenues
- s'assurer de la cohérence des programmes et leur "faisabilité" financière.

Phase 5 : Les budgets d'investissements

- plan chiffré et évalué financièrement
- affectation des ressources
- engagement des dépenses et assignation des responsabilités (ces aspects plus normatifs sont perçus comme des contraintes pour les individus).

Cependant, tout comme Th. MARX, D. PAUL constate que les entreprises, qui en sont au premier stade de la culture stratégique en viennent assez rapidement à utiliser des démarches marquées par la **"programmation financière"**. Il a également observé que ces démarches constituent bien souvent une transition vers la procédure en 5 phases reprise ci-avant.

La démarche s'inspirant de la "programmation financière" :

- la phase analytique (prévisions du volume d'activité par des extrapolations éventuellement assorties de fourchettes)
- les objectifs exprimés en termes financiers (profitabilité, rentabilité)
- le plan permettant de tirer le meilleur parti de l'existant (sur base des écarts opérationnels du schéma précédent et non des écarts stratégiques)
- la consolidation des plans sous la forme financière.

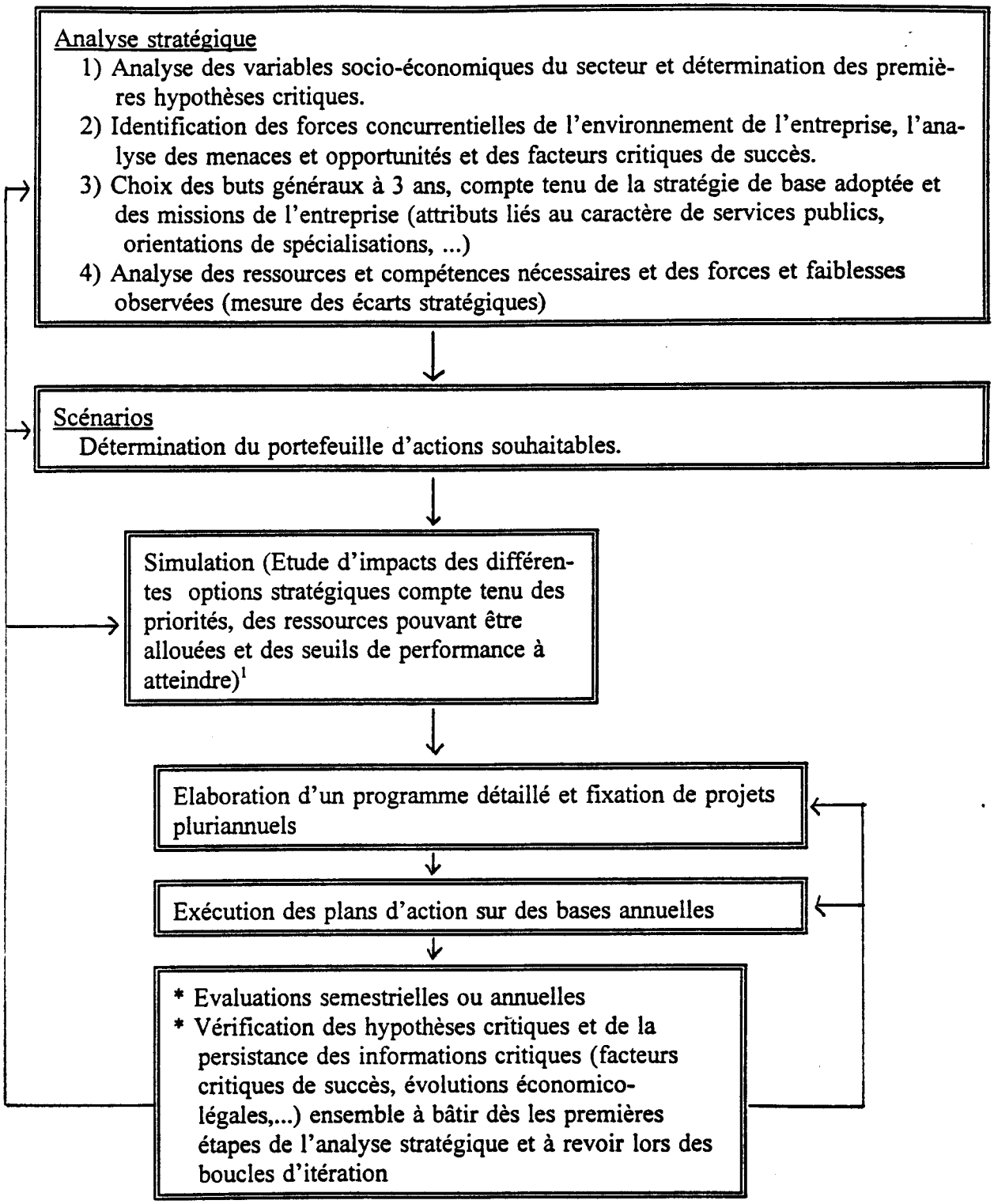
Dans cette approche, les développements envisagés correspondent souvent à des manoeuvres d'expansion de marché ou de diversification/produit sans "re-création" du potentiel de l'entreprise

Les étapes de développement d'une stratégie globale que l'on rencontre régulièrement dans la littérature anglo-saxone sont (121) :

1) identification de la stratégie de base
2) analyse de l'environnement concurrentiel (aspects sociaux, économiques, politiques et technologiques, menaces et opportunités)
3) analyse des ressources et compétences nécessaires compte tenu de la situation du moment, des forces et faiblesses,...
4) analyse des écarts entre la situation désirée et la situation vécue
5) options stratégiques possibles
6) comparaison entre les options stratégiques avec les objectifs particuliers de l'entreprise ou tout autre critère pertinent (facteurs critiques de succès,...)
7) détermination des actions stratégiques.

Ce processus a été développé par Charles W. HOFER et Dan E. SCHENDEL.

On peut établir un modèle de planification complet et récurrent, intégrant l'ensemble via la théorie des plans de R. WILENSKI (35) que l'on enrichit par la méthode de traitement de l'information (36) et des résultats des observations empiriques françaises (48).



[1] seuils de performance: en s'inspirant de la théorie de la contingence, plusieurs variables sont bornées: minimum de CA, minimum de profit, maximum de dépenses, critères d'efficacité des soins et des services, seuils de réalisations des facteurs critiques de succès,...

Ce schéma représente un processus itératif applicable pour un hôpital qui a acquis une certaine capacité d'analyse stratégique. On peut probablement considérer qu'il s'applique à un hôpital de maturité IV de la typologie décrite par Th. MARX.

Le modèle d'analyse stratégique prévoit l'expression des missions de l'entreprise (3ème étape), après une phase d'analyse et de diagnostic de la position stratégique (1ère et 2ème étapes de l'analyse stratégique).
D. PAUL établissait également cette chronologie dans la thèse qu'il effectuait en 1979, sur base d'une analyse historique des théories et pratiques du management stratégique (cfr. § II. 2.1.).

Cette mission doit cependant rester cohérente par rapport à la finalité de l'entreprise qui fait partie intégrante de la vision exprimée par les Dirigeants. **Pour l'hôpital, ce processus est d'autant plus fondamental que les forces de répulsion entre les logiques des professionnels et des gestionnaires peuvent être marquées.**

Comme le fait apparaître le modèle proposé, **certaines hypothèses soutiennent les buts et les facteurs critiques de l'entreprise.** Il peut s'agir d'hypothèses sur la compétitivité des activités futures, des évolutions de certains coûts, ... La valeur de ces hypothèses change dans le temps et doit être périodiquement revalidée. **Pour cela, des informations critiques seront collectées.**

Ces besoins d'informations s'ajouteront aux autres informations critiques à collecter lors de la phase d'analyse stratégique.

Un réaménagement de la stratégie peut engendrer une modification des hypothèses qui, à son tour, modifie la priorité des facteurs critiques.

Le système d'informations stratégiques peut parfois servir à dépister les hypothèses critiques qui, ensuite, nécessiteront la mise en place de plans de surveil-

lance spécifiques.

La conception et la révision du système d'informations stratégiques n'est pas une mission ponctuelle, mais est intégrée dans le savoir faire et est une composante fondamentale du management stratégique de l'entreprise.

La manie sclérosante de se braquer sur les coûts cède la place à une polarisation multi-critères sur la qualité, le délai, le coût et le prix. Il s'agit d'une organisation.

Cependant, l'intellect ne doit pas écraser le bon sens, mais il faut privilégier la simplicité dans un monde complexe : écouter les employés et les traiter en adultes, laisser la bride sur le cou aux "champions", accepter quelques désordres en échange d'une action rapide et d'une expérimentation constante,....

Alléger les structures et fonctionner par équipes de projet et petits groupes sont des déterminants importants du succès (20) et (16).

L'hôpital universitaire doit également développer une politique de "recherche/développement" ciblée sur ses domaines de spécialisation.

Lors de l'enquête que N. DANILA a effectuée pour sa thèse (Université Paris IX Dauphine - 1980) auprès des entreprises industrielles du secteur public et du secteur privé, il a mis en évidence la nécessaire concertation entre les fonctions de recherche, les fonctions professionnelles (médecins pour l'hôpital), les directions générales et stratégiques. (134)

Beaucoup d'organisations permettent dans des limites variant de 5 à 20 % de réaliser des recherches non programmées, le plus souvent exploratoires. Beaucoup d'idées nouvelles peuvent provenir de ce type d'investigations.

Les consensus s'établissent lors des travaux des comités d'évaluation et de programmation ou des "staff" scientifiques.

Les méthodes de consensus présentent les avantages suivants : participation des chercheurs et des Directions au processus de décision du financement des projets, réalisation d'une décision collective, possibilité d'orienter la stratégie de l'organisation par le choix de projets qui seront réalisés, échange d'informations entre les chercheurs et les autres services de l'organisation (finance, stratégie, Direction médicale, ...)

Les critères souvent pris en considération lors de ces phases de sélection des recherches à promouvoir sont :

- les besoins en ressources humaines
- l'associativité des projets (approche pluridisciplinaire des projets et équipes mixtes)
- les ressources financières

La tendance semble évoluer vers des méthodes d'aide à la décision, plutôt que vers des méthodes d'optimisation et de programmation. Les méthodes qui essayent de tout modéliser et formaliser sont généralement très rapidement rejetées par les décideurs. **Ce sont plutôt les méthodes de type multi-critère** se contentant d'une formalisation plus réduite, **qui semblent avoir le plus de succès.**

Pour N. DANILA, l'utilisation de ces méthodes passera probablement par la formation des responsables de recherche aux méthodes quantitatives (budgétaires, actualisation, ...) et aux méthodes de gestion de projets.

III. 10. Les caractéristiques du management lorsque la recherche de l'excellence est inscrite dans la vision stratégique

Les modèles généraux et sectoriels préconisés et qui ont prouvé leur efficacité, se focalisent sur :

- le client et sa satisfaction
- les résultats opérationnels en matière de qualité
- la gestion des ressources humaines
- la satisfaction du personnel
- la gestion des processus
- le leadership
- les systèmes d'informations
- l' intégration de l'hôpital dans la collectivité
- la politique et la stratégie qualité.

Il s'agit des modèles généraux Baldrige USA), EFQM (Europe) ou des modèles adaptés au secteur de la santé (WITT/AWARD (145) ou BSI 5750 (Grande-Bretagne).

Ces critères sont utilisés pour fixer les objectifs annuels participativement avec les départements et de traiter les différents aspects de la performance de l'hôpital.

Dans ces modèles, les "objectifs-clés" de succès se conjuguent pour faire progresser l'organisation vers l'excellence (satisfaction du client, qualité technique des soins en milieu hospitalier, innovation en matière de recherche, efficacité interne et réduction des coûts de processus, objectifs spécifiques des gestionnaires ou des organis-

mes de tutelle, attentes du personnel,...). Des niveaux satisfaisants seront atteints sur plusieurs facteurs et l'évaluation des départements portera sur plusieurs critères.

Pour déterminer ses possibilités d'amélioration, un service se comparera au référent principal dans son secteur, soit un hôpital qui détient le leadership dans le domaine concerné. Ceci vaut pour un service opérationnel, comme pour un service fonctionnel.

Dans ces modèles, l'entreprise doit rendre ses départements ou services opérationnels meilleurs que ceux de ses concurrents du point de vue de ses facteurs critiques de succès.

Les services fonctionnels, éventuellement transférables, sont également comparés (ex: service de nettoyage, service alimentation, services techniques, services informatiques, services administratifs, de recouvrement de créances, ...). Ces techniques portent souvent le nom de **"benchmarking"** (44)

Ce "benchmarking" permettra de fixer tant l'amplitude des améliorations désirées que la nature de celles-ci.

Le modèle européen de management par la Qualité Totale répond aux caractéristiques que nous avons décrites et s'applique de plus en plus dans les hôpitaux américains ou du Nord de l'Europe occidentale (modèle EFQM). Par ailleurs, les différents aspects de la performance globale de l'entreprise qu'il vise à identifier et à traiter sont convergents avec les mécanismes du PIMS.

Règles stratégiques de base du PIMS (33)

1) **la part d'activité relative est un facteur de rentabilité.**

Dans le cas des hôpitaux universitaires, cette règle plaide pour la différenciation en s'appuyant sur un réseau pour sous-traiter les autres activités qui ne font pas partie de leur métier.

Cette thèse part du fait que l'on ne fait bien que ce que l'on fait souvent.

2) la qualité relative des services (mesurée au travers d'un indicateur de pourcents de CA provenant de services de qualité supérieure à la concurrence) est un **facteur de rentabilité indépendant de la part de marché relative.**

Cela suppose que les services de qualité supérieure soient mieux rémunérés (prix supérieur ou coût de production moins élevé).

3) la rentabilité est une fonction décroissante du **volume des investissements par franc de CA.** Il est donc important d'être sélectif en matière d'investissement.

4) il faut 4 à 6 ans pour rentabiliser une nouvelle activité.

5) la recherche / développement n'est pas une fin en soi. **Pour un indice de qualité recherché, il existe un optimum en matière d'investissement en R & D / CA.**

Plus l'indice de qualité relative recherché est élevé, plus il faut investir en R & D pour se positionner à l'optimum.

Pour une hôpital universitaire qui cherche à se différencier par la spécialisation, plus on souhaite être à la pointe, mieux doivent être ciblés les projets de recherche. **Par recherche, il faut également entendre :** amélioration des processus puisque la qualité recherchée est déterminée en tenant compte de l'avis des clients (institutions, médecins généralistes, patients, ...)

Les indices de qualité relative recherchés et les investissements de R & D sont contingents.

Il convient de ne pas vouloir faire de la surqualité et de respecter l'optimum R & D /CA

6) Ces règles stratégiques générales sont alimentées par les membres du réseau PIMS et actualisées en permanence.(Réseau mondial)

Ces règles sont à considérer dans un contexte de la théorie de la contingence. En effet, l'entreprise est en permanence sous l'influence de multiples variables. Les variables mises en évidence par le PIMS dans un ensemble d'entreprises sont probablement déterminantes mais n'agissent pas de manière isolée par rapport aux autres éléments du contexte de l'entreprise.

La qualité de service perçue par le patient, détermine la valeur qu'il accorde au service et finalement le prix qu'il sera prêt à payer pour l'acquérir. Les informations concernant les attentes des clients appartenant aux segments visés revêtent un caractère essentiel (41). La qualité doit être perçue comme "l'aptitude à satisfaire les besoins explicites et implicites du patient" tel que cela se définit classiquement dans les normes internationales d'assurance de la qualité (ISO 9000).

La qualité relative de service, offerte au patient, est influencée par l'offre des concurrents. Les patients percevront la qualité relativement à celle qu'ils percevront des services concurrents (41).

Pour les services de soins hospitaliers, la qualité relative interviendra surtout dans le processus de décision du médecin adresseur qui se comporte de plus en plus de manière professionnelle, par rapport aux hôpitaux.

Cependant, ces deux dimensions doivent constituer un souci permanent de l'hôpital dans une démarche volontariste de marketing stratégique.

D'autres recherches ont également démontré que les indices de qualité mesurés au départ des enquêtes faites auprès des clients sont corrélés à la profitabilité.

Dans la mesure où il a été démontré que les critères PIMS sont indépendants de la nature des activités, on peut effectivement se demander dans quelle mesure ils ne présenteraient pas un intérêt dans le domaine de la santé.

Alors que DEMING a établi la relation entre la qualité de service, la croissance des parts de marché et le chiffre d'affaires pour le secteur marchand, les travaux de OMACHON, en 1990, confirment cette hypothèse pour les services de santé (115).

Dans le domaine des services de soins, nous ne nous trouvons pas en situation monopolistique pure, puisque plusieurs producteurs de service coexistent.

Nous ne sommes pas, non plus, en situation de concurrence parfaite, puisque les concurrents en présence n'ont pas une maîtrise de tous les prix.

Comme le décrit CHAMBERLIN, **la situation rencontrée entre la concurrence pure et le monopole consiste en la concurrence monopolistique** (7). Dans ce cas, les concurrents sont de forces équilibrées, mais les services sont différenciés. Cette différenciation donne à l'entreprise un certain pouvoir sur son marché, en raison des préférences, de la fidélisation des clients et de la faible sensibilité au prix qui en résulte. Dans ce cas, la fonction de demande est du type suivant :

$$V = V(P/M, E)$$

où V désigne les volumes (ou quantités) demandés, P le prix de vente, M les autres variables marketing et E les facteurs d'environnement. Supposons M et E fixés, seul P le prix de vente est à déterminer, etc... (42).

Parmi les variables marketing, on peut trouver l'indice de qualité du service (Q) ou encore l'indice de qualité relatif du service et parmi les facteurs d'environnement, des éléments tels que le revenu de l'acheteur (R).

Dans l'hypothèse où l'on parviendrait à utiliser une méthode de mesure standardisée de la Qualité (qui revêt un caractère multidimensionnel) et considérant une cible à revenu constant, ainsi qu'une demande élastique par rapport à son prix et à

sa qualité, nous aurions :

$$\frac{dv}{v} = \varepsilon_Q \frac{dQ}{Q} + \varepsilon_p \frac{d_P}{P}$$

(ε_p : élasticité* au prix et ε_q : élasticité à la qualité)

$$\text{avec : } \varepsilon_P = \frac{P_i}{V_i} \frac{\delta V}{\delta P}$$

$$\text{et } \varepsilon_Q = \frac{Q_i}{V_i} \frac{\delta V}{\delta Q}$$

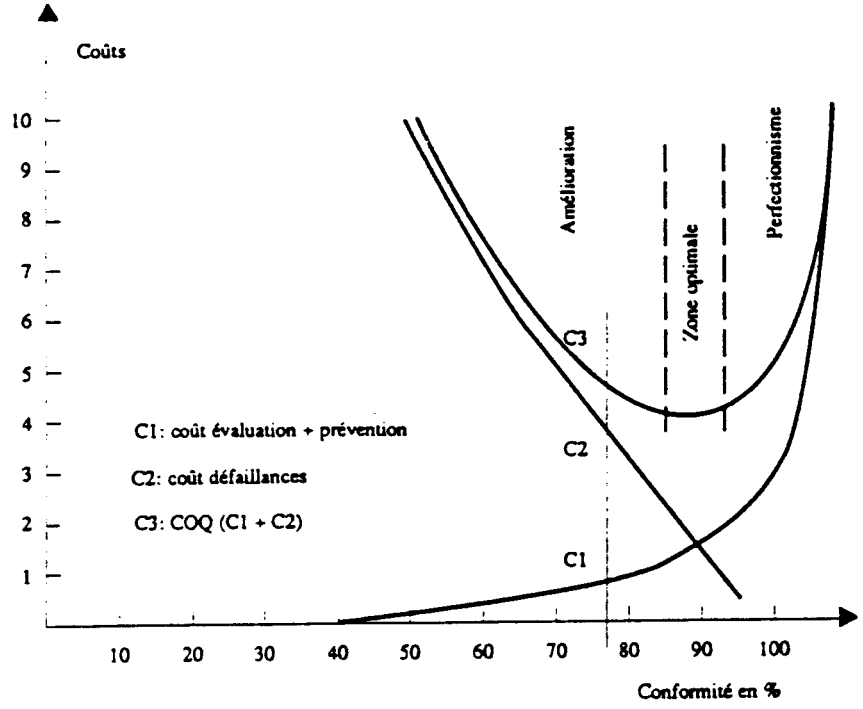
* Dans le cas de l'élasticité au prix, l'interprétation approximative (mais suffisante) de l'élasticité que l'on fait en économie est la suivante : lorsque le prix varie de 1 % à partir du point i, le volume variera de ε_p %. L'élasticité est souvent donnée au "point moyen" ou "centre de gravité" pour un nuage de points (46).
On voit directement par le graphique ci-dessus qu'à prix constant, une amélioration de la qualité entraîne une augmentation de la demande, ce qui permet de renforcer les parts de marché de l'entreprise (42).

La clé du problème revient à savoir comment on peut améliorer la qualité du service, sans augmenter les coûts qui devraient, à un moment donné, se répercuter dans les prix.

Le Docteur JURAN nous donne une réponse et attire, du même fait, notre attention sur le danger que représenterait un excès de prévention (entraînant un coût de non-qualité par la recherche d'une sur-qualité). La priorité est donnée à la prévention par rapport au contrôle à postériori, partant du principe que tout investissement réalisé en prévention est 5 à 10 fois plus rentable qu'un investissement en contrôle (112).

Rappelons ici que le coût d'obtention de la qualité est la somme de 4 paramètres qui sont :

- le coût de la prévention : tout ce qui est mis en oeuvre pour éviter les erreurs (gestion de projets, formations, frais des personnels engagés pour des projets d'amélioration de la qualité, organisation des responsabilités et des procédures en matière d'assurance qualité, ...)
- le coût de l'évaluation : tout ce qui est mis en oeuvre pour vérifier la conformité du service offert par rapport aux attentes des clients (évaluation de la qualité perçue pour fixer les priorités des projets d'amélioration, mesure de la qualité relative, gestion des indicateurs quantitatifs, relatifs aux délais et aux coûts)
- le coût des défaillances internes : analyses supplémentaires, actes médico-techniques inutiles ou superflus, ...
- le coût des défaillances externes : les réclamations, le règlement des litiges, les pertes de patients ou de médecins adresseurs, ...



Evolution du Coût d'Obtention de la Qualité

en fonction de la conformité (Modèle du Dr. Juran)

Les experts estiment que le coût d'obtention de la qualité se situe entre 10 et 30 % du chiffre d'affaires et que 50 % de ces coûts sont généralement récupérables sur une durée de 3 à 4 ans (moyennes des secteurs industriels).

En général, les expériences démontrent que ces chiffres sont plus élevés lorsque la valeur ajoutée est largement liée à la main d'oeuvre, ce qui est le cas dans le secteur hospitalier.

Dans le contexte actuel, l'économique joue le rôle de déclencheur pour des démarches de maîtrise des coûts d'obtention de la qualité. Ces réductions de coût ne s'obtiennent de façon durable que par des démarches de prévention qui traitent les dysfonctionnements à leurs racines. De même, il en découle aussi une amélioration de la qualité de service. Comme nous l'avons vu, cet accroissement de l'indice de qualité apporte des parts de marché supplémentaires qui génèrent à leur tour des bénéfices supplémentaires.

Plus tôt l'hôpital entre dans ce processus, plus vite il en tirera les fruits et augmentera son pouvoir de négociation sur son marché, du fait de sa différenciation.

La recherche d'une qualité meilleure par rapport à la concurrence reste une démarche **"non-déterministe"**. En effet, elle est essentiellement basée sur la comparaison, ce qui ne permet pas de développer une réelle stratégie de différenciation du service.

Pour asseoir la position de leadership, il serait préférable **d'adopter une approche déterministe** via des initiatives permettant de différencier réellement les services offerts au secteur correspondant au **métier** de l'entreprise (politique d'innovation, projet de changement sur base de données d'enquêtes prospectives,...)

Recherche de la Qualité de Service

"*Toutes les marques, au sein d'un même marché, apportent généralement à l'acheteur un service de base approximativement équivalent.*" Cette uniformisation du service de base est encore accentuée dans les marchés où les performances technologiques s'équilibrent.

Le secteur hospitalier en est un bel exemple. Le service de base est souvent un critère de choix moins déterminant ou moins discriminant que la manière dont il est produit (7). Cette manière distinctive de produire le service de base est liée à la présence de services secondaires.

Ces services secondaires sont générateurs de satisfactions pour l'acheteur et leur rôle peut être déterminant dans son processus de choix.

Le panier d'attributs représente l'ensemble de ces services secondaires.

Comme l'a démontré J-P. ESCAFFRE pour l'hospitalisation, le service de base comprend le diagnostic, le traitement et les soins. Les services secondaires, quant à eux peuvent se diviser en :

1°) Secondaires nécessaires : - hébergement
- restauration
- sécurité
- soins
- accueil
- écoute médicale
- accompagnement moral et religieux
- ....

2°) Secondaires ajoutés: - la télévision

- le frigo individuel

- la pédicure

- ....

L'attribut est donc l'avantage recherché par le patient (la famille, le médecin adresseur,...) et est utilisé comme critère de choix de l'hôpital.

Le patient (ou sa famille,...) forge son attitude de choix en intégrant et en globalisant son évaluation sur chacun des attributs.

Tout patient souhaite généralement obtenir un maximum en contrepartie d'un minimum. Ces deux objectifs sont difficilement conciliables et le patient doit, par conséquent, consentir à des compromis.

Tous les attributs n'ont pas la même importance à ses yeux. Les patients effectuent des arbitrages en fonction de leur système de représentation ou en fonction des priorités qu'ils accordent à chacun des avantages recherchés.

Ces perceptions sur la présence des attributs à l'hôpital sont des composantes de **"l'image de marque"**.

Evaluation du niveau global de satisfaction

Comme le fait remarquer l'analyse longitudinale des comportements de consommation des patients (chapitre V.2), les facteurs d'âge, de sexe et les catégories socio-professionnelles sont également des éléments déterminants dans le domaine de la santé. L'attitude des patients du point de vue du "risque moral", tout comme le type de comportement en terme de prévention, sont autant d'hypothèses explicatives des états de morbidité des patients.

Les conclusions rapportées par J-P ESCAFFRE, relatives à l'analyse des besoins en ce qui concerne les services d'hospitalisation, confirment le phénomène d'induction de la perception du médecin de famille par le patient.

De même, comme nous savons que les patients ont de plus en plus tendance à comparer les services obtenus auprès de différentes structures (y compris les médecines parallèles) Les services d'accompagnement de patients organisés par les structures des tiers payants ou des services de prise en charge en amont ou en aval de l'hôpital peuvent également influencer ce que LEWIN appelle le niveau d'aspiration ou d'attente ex-ante. (32)

Les observations empiriques réalisées par SEGGHEZZI (Université St-Gallen, Suisse) nous apprennent également que plus les prix et les coûts augmentent, plus les exigences relatives à la qualité et au délai augmenteront également. Les facteurs culturels et les attitudes associés aux catégories socio-professionnelles peuvent donc se conjuguer.

Il nous apprend également que le client (patient, par ex.) évalue essentiellement la qualité sur trois dimensions:

- le niveau de qualité intrinsèque du service obtenu (notion multidimensionnelle: voir chapitre V.4).
- la durée de réalisation du service et les délais nécessaires pour en bénéficier
- le prix à payer et les coûts associés au service

Ces éléments évoluant entre autres en fonction des niveaux de vie de la population, l'importance des items d'une enquête peut fluctuer dans le temps. La fiabilité d'un questionnaire pourrait très bien devenir insatifaisante et une adaptation de l'outil de mesure pourrait s'avérer nécessaire.

Pour tout besoin ou désir qu'éprouve un individu, on peut distinguer trois niveaux croissants d'exigences :

- niveau d'aspiration (A)
- niveau de réalisation (B)
- niveau idéal (C)

La satisfaction ressentie par l'utilisateur est déduite de la comparaison entre son niveau d'aspiration et son niveau de réalisation (ex-post).

Une autre manière d'évaluer consiste à mesurer les degrés de satisfaction pour les différents items recommandés par le modèle SERVQUAL (cfr. chapitre V.4) pour l'hôpital, mais également pour d'autres institutions hospitalières comparables. Cela revient à faire exprimer deux fois le "client" pour un même item (une fois pour l'hôpital et une fois pour les autres hôpitaux faisant partie de son "référentiel"). Ce-

pendant si ce type de questionnaire est réalisable auprès des médecins prescripteurs, il ne l'est pas pour tous les patients.

Par ailleurs, dans le secteur hospitalier, CARMAN (Université d'Harvard) suggère de n'évaluer que l'écart entre le niveau d'aspiration et le niveau de réalisation. Il a effectivement démontré, par l'utilisation du modèle SERVQUAL, que les patients éprouvent des difficultés à hiérarchiser leurs attentes. Lorsque qu'une échelle de LIKERT à 5 positions est utilisée, les patients situent généralement leurs attentes entre 4 et 5. Une telle évaluation n'est généralement pas d'une très grande utilité.

Par contre, la dispersion est nettement plus marquée lorsqu'ils indiquent leur évaluation par rapport au niveau de réalisation du service pour un item.

Cette observation a également été confirmée pour la méthode SERVQUAL lors d'une recherche effectuée à la "Katholieke Universiteit van Leuven" en Belgique. (144) Elle est donc valable dans notre contexte européen.

De plus, lorsque le patient n'a pas encore eu besoin d'un service spécialisé spécifique, il s'est avéré qu'il lui était très difficile de s'exprimer sur ses attentes à priori.

Pour les différentes raisons évoquées ci-avant, l'évaluation de la qualité de service dans le secteur hospitalier portera également sur le **niveau de réalisation** du service par item.

Si un score ne peut donc établir un rapport entre les attentes et les perceptions, l'hôpital peut cependant se fixer un score minimum de qualité pour certaines caractéristiques jugées essentielles (dans notre cas : une corrélation significative à l'intervalle de confiance de 95 % et un pourcentage de non-satisfaits supérieur à 20 %, cfr. chapitre V).

III. 11. Le pouvoir de monopole

L'action de l'entreprise entraîne des modifications de l'environnement. Il est normal pour une entreprise d'agir sur son environnement en fonction de sa plasticité, pour qu'il se comporte de façon telle qu'il permet à l'entreprise de réaliser son projet. Comme pour le pouvoir au niveau de l'individu ou des groupes, l'entreprise ne peut pas vivre sans pouvoir sur l'environnement (141).

Ceci est, en réalité, un des éléments du contrôle de l'environnement par l'entreprise. L'action politique est un moyen fréquent, sinon permanent, de contrôle de l'environnement, au même titre que l'action économique.

L'action politique est utilisée concurremment ou conjointement à l'action économique. Le rôle de la contrainte politique offre souvent de meilleures garanties de conformité de comportement de l'environnement aux plans de l'entreprise que l'action économique. Pour J-P DEBOURSE, il ne suffit pas à une entreprise de déterminer qu'un environnement nouveau est pertinent pour la réalisation de ses plans ou qu'un environnement ancien ne l'est plus. Il faut également avoir la capacité de franchir les barrières à l'entrée ou à la sortie d'un secteur d'activité.

Dans un environnement déterminé, les partenaires des entreprises ont des images différentes de chacune d'elles et la confrontation de ces images donne les positionnements respectifs des entreprises vis-à-vis des individus, groupes et organisations.

La perception ou l'ignorance de son positionnement est un facteur d'adaptation de l'entreprise à son environnement. (ex: enquête auprès des prescripteurs de

l'hôpital sur les écarts positifs ou négatifs par rapport aux hôpitaux agissant dans la même zone d'attraction et dans les mêmes spécialisations, enquêtes de satisfaction des patients, reconnaissance des atouts par les tutelles,...).

Comme nous le verrons au chap. III.12, le lobbying, sous des formes diverses, peut contribuer à entretenir une image donnant un positionnement favorable auprès des tutelles, des réseaux situés en amont ou en aval de l'hospitalisation, etc...

Un hôpital universitaire remplit une mission importante en recherche appliquée. Le taux d'innovation d'un secteur et d'une entreprise en particulier agit de manière dynamique sur son pouvoir de monopole. Selon J. HOUSSIAUX, **le pouvoir de monopole se définit par la réunion de deux éléments** :

- la puissance économique de l'entreprise
- son pouvoir stratégique sur le marché.

La puissance économique est un aspect structurel du pouvoir de monopole qui se mesure par les taux de concentration dans une économie à un moment donné. Le pouvoir de monopole, par référence **aux actions stratégiques d'un hôpital sur le marché**, ne se conçoit pas sur une analyse parcellaire, mais bien à la taille de la communauté nationale au moins (39).

Lorsque le pouvoir de monopole est nul, on se trouve en situation de concurrence parfaite. Dans ce cas, les courbes subjectives coïncident avec la courbe de la demande moyenne du secteur.

Lorsque le marché est sous la dépendance totale de l'entreprise, son pouvoir de monopole est illimité.

J.S. BAIN pense que la persistance de profits élevés pendant plusieurs périodes comptables est une bonne indication de l'existence d'un monopole. (39)

Dans le cas de l'hôpital, cette notion devrait probablement se rapporter à un domaine de spécialisation particulier et situer son champ d'action en fonction de certaines pathologies. De même, il faudrait substituer d'autres indicateurs à la notion de profit. L'évolution de la part de marché serait un bon indicateur. En effet, OMACHON a démontré que, dans le cas des hôpitaux américains, la part de marché est corrélée, de manière significative, à la marge de l'hôpital.

En appliquant le critère de monopole démontré par G.W. NUTTER aux hôpitaux universitaires, on identifierait les sous-secteurs monopolistiques comme étant ceux dont plus de 50 % des services proviendraient de 4 hôpitaux du pays (traitements spécialisés dans le cas des hôpitaux universitaires: transplantations,...)

Tant au CANADA qu'aux Etats-Unis, les agences officielles de surveillance de la concurrence ont proposé ce qu'on a baptisé la "règle du 5 %" comme méthode opérationnelle, en vue d'établir le marché pertinent pour toutes causes juridiques. La Loi Canadienne définit un marché pertinent comme le groupe le plus restreint de produits et la plus petite région géographique pour lesquels les vendeurs pourraient imposer et maintenir avec profit, pendant un an, une augmentation de prix de 5 % par rapport aux prix pratiqués. Pour un hôpital, comme les nomenclatures, les honoraires et les prix de journées sont réglementés, cette règle ne nous est pas très utile. La "règle de 5 % " semble plus difficile à appliquer au secteur que ne l'est le critère défini par NUTTER.

Dans ce secteur, la différenciation poussée des services offerts confère également à l'entreprise un monopole sur son offre. Cependant, plus le nombre de sous-secteurs augmente, plus leur interdépendance s'affirme (concurrence naturelle entre services traditionnels et services nouveaux).

L'accentuation de l'interdépendance a pour résultat une diminution du pouvoir de monopole. Ce mouvement s'accélère en période de contraction du cycle économique, dans la mesure où les entreprises se disputent un revenu national réduit.

Une économie possède toujours, dans une proportion variable, trois types de marchés:

- les marchés à demande très élastique
- les marchés à demande inélastique
- les marchés à demande variable.

En période de contraction de cycle économique, les marchés à demande élastique tendent à se réduire. Or, le pouvoir de monopole des entreprises porte le plus souvent sur ces marchés.

Les entreprises positionnées essentiellement sur des marchés à demande élastique sont davantage menacées de disparition, lors des périodes de contraction du cycle économique.

Pour éviter le démembrement de certaines structures de soins indispensables en termes de santé publique, une certaine régulation tarifaire et donc des pouvoirs de monopole serait indispensable.

Les innovations constituent un **élément essentiel d'auto-défense** contre les pouvoirs de monopole. **Elles augmentent le nombre de services substituables, ainsi que les perspectives de profits monopolistiques** dans la mesure où ces prestations

sont financées de façon favorable (innovations financées par les organismes de tutelle comme cela se fait généralement dans le cas des secteurs hospitaliers européens).

L'hôpital universitaire ne peut pas se reposer sur ses recherches antérieures. Les changements doivent être perçus comme un moyen pour suivre les évolutions des attentes des patients et des médecins de famille qui comparent de plus en plus les hôpitaux entre eux. C'est valable tant en matière de qualité des soins que de qualité de service (31).

Le patient, les membres de sa famille et le médecin traitant ne jugent pas isolément les médecins de l'hôpital, mais la fonction et le service global perçu à leur niveau. (30)

J. HOUSSIAUX a analysé les mécanismes de renforcement ou de perte de pouvoir de monopole dans un marché ouvert. Dans le cas des hôpitaux, les tutelles ont surtout une action déterministe sur la contraction des ressources financières qui leur sont octroyées. Il y a en quelque sorte une "fuite en avant" des mécanismes analysés par J.HOUSSIAUX dans le contexte des cycles économiques "libres".

Pour M. CREMADEZ et F. GRATEAU, l'important est de tisser des liens privilégiés avec ceux qui détiennent le pouvoir de décision. Un bon management des relations avec la tutelle et l'organisme de financement peut permettre de dépasser ou, au contraire, d'élever des barrières d'entrée d'ordre réglementaire ou financier. (43)

En quelque sorte, cela reviendrait à entretenir des relations de réseau et à influencer les autres variables qui conditionnent l'accès à la technologie. Cela reviendrait aussi à assurer un accès aux sources de financement et établir des rapports avec les détenteurs de la technologie, meilleurs que ses concurrents. En effet, ce sont ces

capacités qui deviendront alors discriminantes.

Ces aspects du management stragégique ne peuvent certainement pas être gommés du contexte "non-marchand" dans lequel se trouvent les hôpitaux.

M. CREMADEZ et F. GRATEAU : "la mise en oeuvre du management stratégique pose un problème important quant aux relations entre les autorités de tutelle et les hôpitaux". Les auteurs prétendent en effet que, plus la maturité stratégique des hôpitaux est grande, plus ils déséquilibrent le processus actuel de planification du système de santé et placent les structures de tutelle en porte-à-faux. L'instauration du management stratégique dans les hôpitaux nécessiterait une évolution corrélative des modes de planification. Les tutelles devraient tenir compte du fait que le management stratégique renforce la latitude d'action des établissements et leur impose d'avoir une vision plus globale du système de santé pour mieux le structurer.

Toujours selon les auteurs, le mode de planification français de la politique de santé publique, technocratique et centralisé, repose sur des instruments devenus inadéquats. La carte sanitaire, qui en est le principal instrument, s'appuie sur des données exclusivement quantitatives extrêmement sommaires au regard de la complexité des phénomènes qu'elles sont censées éclairer. Ces indicateurs privilégient le lit comme mesure du potentiel d'un établissement, alors que les modes de prise en charge se diversifient et que la sophistication des technologies médicales provoque une grande hétérogénéité des pratiques diagnostiques et thérapeutiques, dont le lit ne peut à lui seul rendre compte. En revanche, l'alignement de l'allocation des ressources (en France) sur base du nombre de lits freine l'évolution des structures et des mentalités. Il limite le partage des infrastructures, freine la diversification des formes d'hospitalisation et

renforce la notion traditionnelle de territoire. Il en va de même pour un autre indicateur, comme la durée moyenne de séjour, dont l'évolution en baisse ou ne hausse peut être assimilée à un progrès ou à une détérioration de l'activité médicale, puisqu'elle résulte de phénomènes complexes comme le changement de la pratique médicale, l'évolution des pathologies, le changement des caractéristiques de la population prise en charge, les facteurs organisationnels (amélioration des processus, ...), le positionnement au sein de la filière de soins, les technologies dont dispose l'hôpital, la fonction d'enseignement pour un hôpital universitaire, ...

En France, l'expérience des "groupes homogènes de malades" permet d'accroître la sensibilité des instruments à la complexité de la pratique médicale tout en restant compatible avec la pratique d'une planification centralisée (43). Cependant, elle ne tient pas compte de la diversité organisationnelle des établissements. L'agrégation nécessaire des données l'éloigne progressivement de la réalité. Les moyennes qui en résultent font référence à des entités abstraites dans lesquelles les acteurs ne se reconnaissent pas. Cette approche a priori rationnelle, bute sur la liberté d'initiative des acteurs et sur leur double statut d'évaluateurs et d'évalués.

Dans une perspective de planification technocratique centralisée, le pouvoir de la tutelle est proportionnel à la dépendance des hôpitaux. Dans une perspective de régulation, s'il faut une tutelle forte, c'est-à-dire capable de définir des politiques claires et d'animer des processus de concertation entre hôpitaux, cette tutelle doit être confrontée à des acteurs capables d'évaluer leur activité et d'élaborer des stratégies de développement explicites.

Le régulateur dispose d'un certain nombre de leviers dont il reste à préciser l'utilisation :

a) **partage de l'information médicale** pour une meilleure planification et un suivi des résultats. Il permet également de dresser le panorama de l'offre de services et d'apprécier l'intensité des activités concurrentes.

Problèmes à résoudre : - harmonisation dans l'utilisation des nomenclatures, protection de la confidentialité des données, ...

- après avoir identifié les gaspillages et les lacunes dans l'offre de services, des incitants seront nécessaires pour apporter les ajustements.

b) **limitation de la diffusion des innovations et des équipements lourds.** L'innovation a besoin d'être testée pour savoir si son impact sera durable, de type substitutif ou complémentaire. Les restrictions pratiquées structurent le contexte concurrentiel. La diffusion des effets d'expérience et l'impact sur la structure des coûts sont de la responsablilité des autorités de tutelles dans le cadre des politiques qu'ils définissent et de l'incitation de l'offre que l'on souhaite réaliser.

c) **négociation des projets d'établissements pluri-annuels** en regard des contre-parties financières qu'assureraient les tutelles... .

III. 12. Le lobbying au service de l'auto-régulation du pouvoir de monopole

Dès l'origine de l'humanité et de l'apparition de la notion de "gouvernement", les personnes à l'extérieur du pouvoir voudront influencer celles qui le détiennent.

A l'époque médiévale, pour obtenir quelque chose, il fallait connaître un proche du roi. Aujourd'hui, "l'ami à la cour" fera probablement partie du cabinet du Premier Ministre, occupera un poste-clé au sein de la Commission Européenne ou sera chef d'un parti politique (125).

En anglais, "Lobby" désigne les couloirs ou les salles d'attente qui entourent les chambres législatives du congrès américain. C'est là que depuis les premiers jours de la république, les citoyens et les groupements de toutes sortes ont rencontré les législateurs dans le but de les informer ou de les convaincre.

Parmi les lobbyistes les plus efficaces de ce siècle, on retrouve les fermiers, les syndicalistes ou encore les associations de consommateurs et les écologistes (125).

Les années 70 ont vu apparaître la politisation croissante de la société, le développement du secteur public et l'interventionnisme grandissant des gouvernements dans les entreprises. Les Directions se sont trouvées confrontées aux intentions des pouvoirs politiques et des groupes de pression. Elles ont ressenti le besoin d'être informées des évolutions se manifestant au sein de la société en général et de l'arène politique en particulier.

Le terme "lobbying" englobe toute tentative d'un groupe de pression d'influencer les décisions gouvernementales.

Le lobbyiste est donc l'intermédiaire entre le monde des affaires (marchandes ou non-marchandes) et le gouvernement. Il représente les intérêts de son client ou de son entreprise auprès de ceux qui prennent les décisions au niveau gouvernemental et influence le processus de prise de décision en faveur de son client ou de son entreprise.

Tout expert en relations institutionnelles ou son équipe passe une grande partie de son temps à rechercher des informations, à les vérifier et à essayer d'en obtenir davantage. L'établissement de réseaux et de contacts au sein des cabinets est, dès lors, primordial pour le lobbyiste.

Les hommes d'affaires, absorbés par leur entreprise, négligent souvent de situer leurs problèmes dans le contexte le plus large dont tout homme politique doit tenir compte, ne fût-ce que dans le but d'assurer la victoire lors des prochaines élections. Le fonctionnaire est souvent plus objectif, mais son point faible est parfois son excès de prudence, dû à son désir de protéger sa carrière. Il préfère jouer sûr.

La relation correcte entre le lobbyiste et le gouvernement ou l'administration est une relation de partenariat, chaque partie reconnaissant le rôle de l'autre dans le contexte politique/législatif.

Les gouvernements, les parlements et l'Union Européenne sont toujours friands de renseignements. Les fonctionnaires n'ont tout simplement ni le temps, ni les moyens de réunir les informations sur un sujet donné.

Cela signifie que le lobbyiste est une source appréciée d'informations fiables. Mais, comme les hommes politiques et les fonctionnaires savent que le lobbyiste représente des intérêts, ils feront la part des choses en prêtant l'oreille aux arguments de lobbyistes représentant des intérêts opposés (125).

Dans le secteur de la santé, ils pourront être tentés d'opposer les avis des entreprises du secteur marchand (apportant les recettes pour la sécurité sociale), celui des assurances privées, des tiers payants, des hôpitaux, des groupements de défense des consommateurs de soins, des centres de coordination proposant des alternatives à l'hospitalisation, etc...

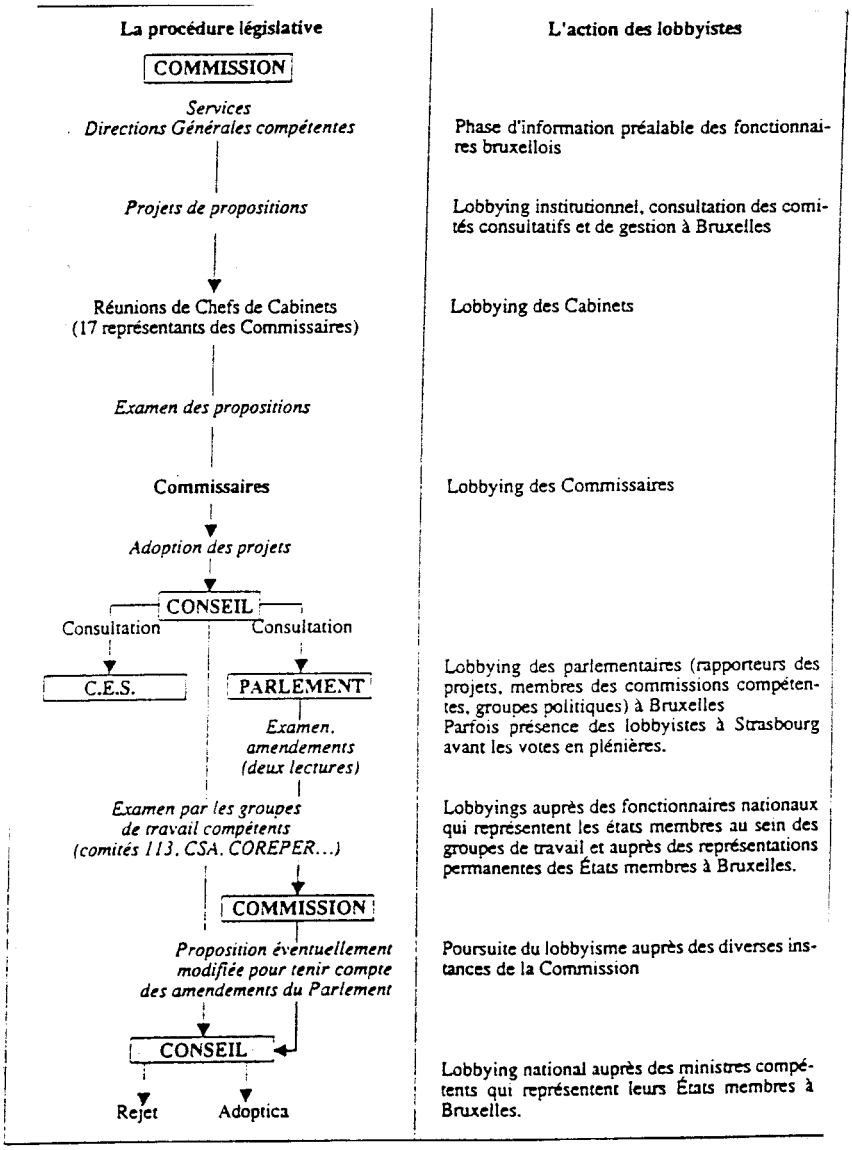
Le lobbyiste est souvent considéré comme un manipulateur puissant. Pour Jan VAN HEUVERSWIJN et Jean-Paul SCHUYBROECK, ce n'est certainement pas le cas. Pour eux, le lobbyiste doit respecter les règles du jeu politique et économique, s'il veut obtenir un résultat. Le lobbying est un processus d'influence et non de puissance. Cependant, en Europe, il est encore souvent synonyme de corruption. Il est entouré de tant de soupçons qu'il est souvent perçu comme une activité clandestine.

Les institutions de l'Union Européenne aiguisent les appétits, compte-tenu des évolutions actuelles (126) :

- orientations stratégiques de la politique sociale et commerciale complétées par des multitudes de décisions ponctuelles.
- débordement des activités communautaires par rapport au seul cadre économique pour aborder des domaines tels que l'environnement, la protection des consommateurs ou la culture et stimulant l'intérêt de nouveaux groupes de pression.
- les budgets communautaires s'accroissent peu à peu et sont redistribués dans les domaines du développement régional, des activités sociales, de la recherche, ...

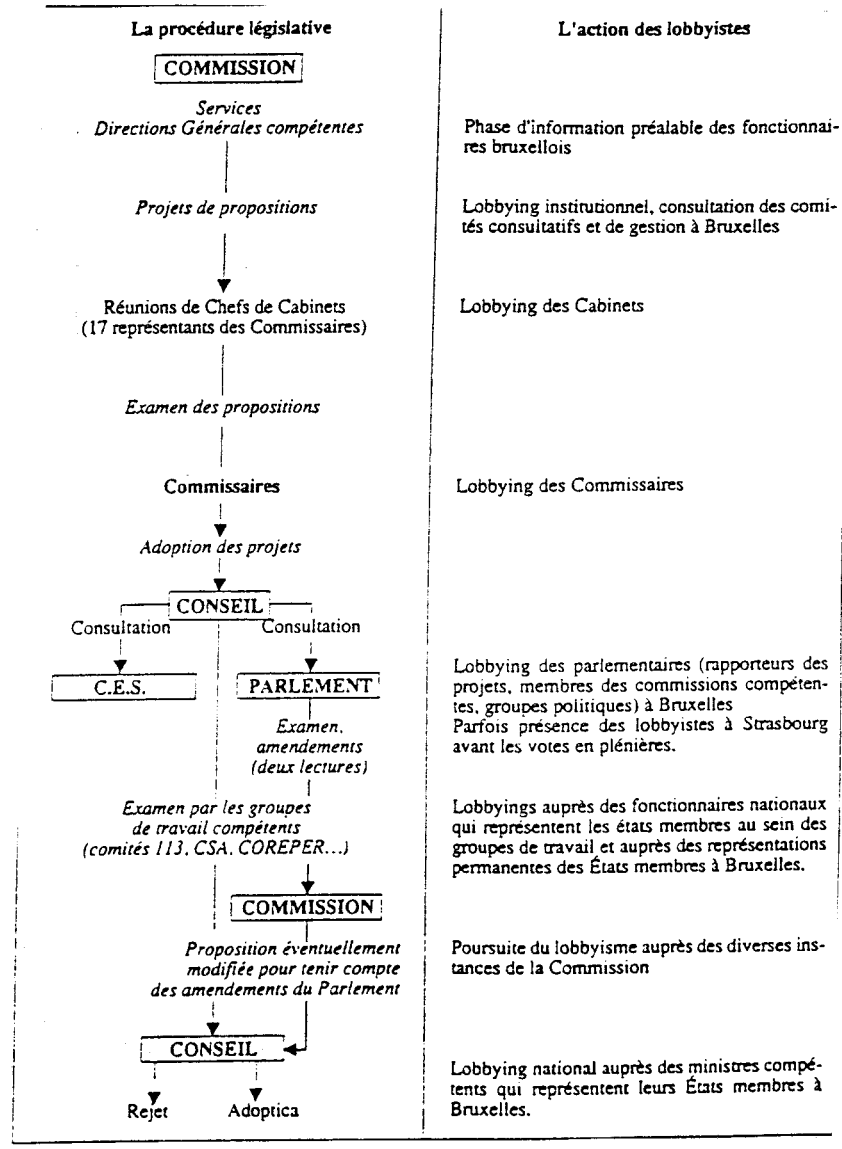
- c'est la Commission qui négocie au nom des Etats membres les accords multilatéraux qui façonneront les futurs rapports avec les partenaires de la Communauté (Gatt, accord avec L'AELE, le COMECON). Il suffit de se rappeler le rôle majeur que joue la Communauté en faveur des pays de l'Est.

Bruno JULIEN, auteur de l'ouvrage "les groupes de pressions américains - un modèle pour l'Europe ?" a schématisé le modèle dans lequel peuvent agir les lobbyistes européens :



- c'est la Commission qui négocie au nom des Etats membres les accords multilatéraux qui façonneront les futurs rapports avec les partenaires de la Communauté (Gatt, accord avec L'AELE, le COMECON). Il suffit de se rappeler le rôle majeur que joue la Communauté en faveur des pays de l'Est.

Bruno JULIEN, auteur de l'ouvrage "les groupes de pressions américains - un modèle pour l'Europe ?" a schématisé le modèle dans lequel peuvent agir les lobbyistes européens :



Dans le secteur de la santé, ils pourront être tentés d'opposer les avis des entreprises du secteur marchand (apportant les recettes pour la sécurité sociale), celui des assurances privées, des tiers payants, des hôpitaux, des groupements de défense des consommateurs de soins, des centres de coordination proposant des alternatives à l'hospitalisation, etc...

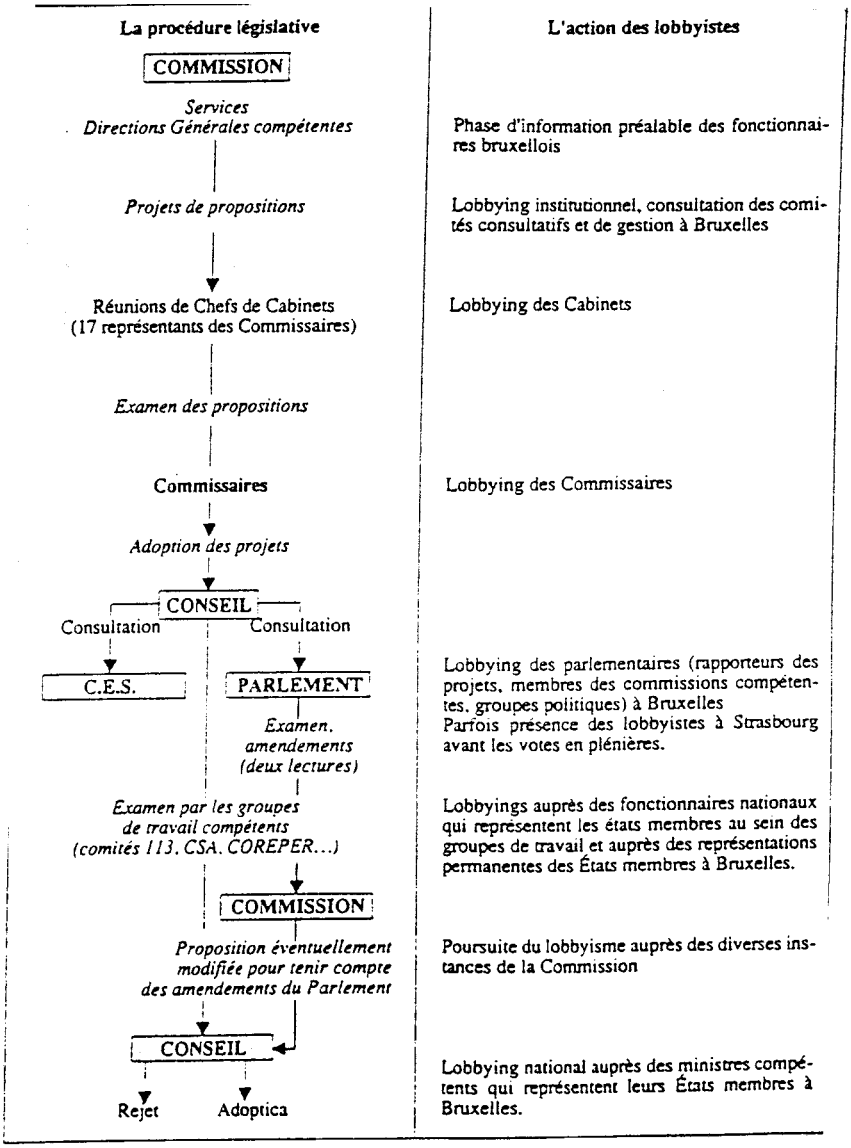
Le lobbyiste est souvent considéré comme un manipulateur puissant. Pour Jan VAN HEUVERSWIJN et Jean-Paul SCHUYBROECK, ce n'est certainement pas le cas. Pour eux, le lobbyiste doit respecter les règles du jeu politique et économique, s'il veut obtenir un résultat. Le lobbying est un processus d'influence et non de puissance. Cependant, en Europe, il est encore souvent synonyme de corruption. Il est entouré de tant de soupçons qu'il est souvent perçu comme une activité clandestine.

Les institutions de l'Union Européenne aiguisent les appétits, compte-tenu des évolutions actuelles (126) :

- orientations stratégiques de la politique sociale et commerciale complétées par des multitudes de décisions ponctuelles.
- débordement des activités communautaires par rapport au seul cadre économique pour aborder des domaines tels que l'environnement, la protection des consommateurs ou la culture et stimulant l'intérêt de nouveaux groupes de pression.
- les budgets communautaires s'accroissent peu à peu et sont redistribués dans les domaines du développement régional, des activités sociales, de la recherche, ...

- c'est la Commission qui négocie au nom des Etats membres les accords multilatéraux qui façonneront les futurs rapports avec les partenaires de la Communauté (Gatt, accord avec L'AELE, le COMECON). Il suffit de se rappeler le rôle majeur que joue la Communauté en faveur des pays de l'Est.

Bruno JULIEN, auteur de l'ouvrage "les groupes de pressions américains - un modèle pour l'Europe ?" a schématisé le modèle dans lequel peuvent agir les lobbyistes européens :



4°) LES RELATIONS PAR RAPPORT A LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

J. MELESE définit l'organisation de la manière suivante : "Ensemble d'individus utilisant un ensemble de moyens pour accomplir des tâches coordonnées en fonction d'objectifs communs".

Pour E. MORIN : *"l'organisation est l'agencement de relations entre composants ou individus qui produit un système doté de qualités inconnues au niveau des composants ou individus.* Elle assure solidarité et solidité relative, donc assure au système une certaine possibilité de durée en dépit des perturbations aléatoires".

Ces relations entre composants ou individus transportent de l'information, et **cette information est elle-même organisatrice ou réorganisatrice du système. (17)**

On ne conduit pas véritablement le processus d'innovation sans un minimum de structure hiérarchique traditionnelle assurant les contrôles financiers et techniques nécessaires.

Synthétiquement, l'organisation est considérée comme devant posséder des qualités suffisantes de traitement de l'information pour faire face à l'incertitude issue de la nature de ses tâches et de l'environnement économique et technologique correspondant (108).

Concernant les débats sur les mérites comparés de la centralisation et de la décentralisation, les propositions tendent à converger vers les points suivants :

- réduction du nombre de niveaux hiérarchiques
- répartition de l'influence en matière de prise de décision, l'influence est

fondée sur l'information et l'expertise plutôt que sur un a priori de position hiérarchique

- développement des structures entrepreneuriales
- fonctionnement participatif et en petits groupes
- coordination par des valeurs partagées et une information commune plutôt que par des contrôles hiérarchiques. L'auto-contrôle et l'auto-discipline sont valorisés
- construction de structures souples capables d'expérimentation et d'apprentissage

Il ne suffit pas de dire que l'organisation devra être flexible, mais encore faut-il préciser de façon opérationnelle les dispositifs structurels susceptibles de lui conférer cette qualité.

L'entreprise gère simultanément des projets et des opérations. Elle doit donc disposer de ce minimum de structure hiérarchique traditionnelle doublée d'une structure par projets ou processus.

Sur le plan structurel, les solutions généralement considérées comme les plus propices à la phase d'émergence ou de créativité (structure organique et matricielle) d'un projet s'opposent à celles que requiert sa mise en oeuvre ou sa transformation en actions concrètes et rentables (structure formalisée et centralisée). Une équipe de projet doit donc permettre la créativité par des règles de fonctionnement adaptées, tout en considérant la structure formalisée. Le développement de projets n'impliquant pas les chefs de service pour la mise en oeuvre des plans d'action a de fortes chances de ne pas obtenir le soutien nécessaire et de ne pas porter ses fruits.

Certaines études empiriques tentent de mettre en évidence les avantages de l'une ou l'autre structure d'organisation. Cependant les observations ne permettent pas encore de fonder de véritables théories.(21)

L'exemple repris dans l'ouvrage de M.J. AVENIER est un modèle hybride entre les structures hiérarchiques traditionnelles et les structures horizontales ou en réseau.

Au début des années 90, le Groupe Général Service Informatique (GSI) a effectivement adopté une structure matricielle stimulant les échanges d'information et maintenant une cohérence structurelle de l'ensemble (16).

On peut y schématiser l'organisation par une matrice à deux entrées où l'on prend les dimensions géographiques (territoire) en ordonnée et les domaines d'activité stratégique en abscisse (business). Les responsables opérationnels répondent de leurs actions tant à leur "territorial" qu'à leur "business" manager. Chaque "territorial" est responsable du résultat de son territoire. Les "business managers" sont responsables des résultats de leur domaine d'activité.

Il n'y a aucun lien hiérarchique entre les "business managers" et les "territoriaux", cependant, ils ne peuvent pas imposer leur point de vue aux "territoriaux" mais doivent obtenir leur adhésion.

Un dialogue permanent est donc indispensable entre les deux types de responsables. Chez GSI, la mise en place de ce type de structure a été longue. Les groupes transversaux et les comités de pilotage sont nombreux.

Dans ce type de démarche, il faut respecter la **relation d'antériorité de l'efficacité par rapport à l'efficience.**

BU LILLE

Certaines recherches empiriques prétendent que les nombreuses applications de l'organisation matricielle sont davantage efficientes qu'efficaces (116). Actuellement, le Groupe General Service Informatique (GSI) a abandonné ce type d'organisation pour revenir à une structure hiérarchique classique. Cependant, en matière d'innovation, des chefs de projets y sont encore désignés pour des périodes limitées. Durant les périodes de lancement de nouvelles activités, ces chefs de projets continuent à superviser des groupes transversaux.

Il faut sans doute encore composer avec la structure hiérarchique classique, tout en y introduisant des modifications au profit de plus de flexibilité.

On ne peut isoler l'analyse des structures de l'entreprise sans y intégrer son environnement socio-économique. Plusieurs éléments explicatifs peuvent effectivement y être décelés.

Dans tous les pays se développe un personnel de construction des actions collectives plutôt que hiérarchiques (109). Des experts viennent s'insérer en "staff". Ils conseillent et se mettent au service de la structure "line".

Alors que KATZ et KAHN mettaient en évidence certains problèmes de contrôle dans les entreprises de grande taille du fait de la perte d'homogénéité des activités des départements multiples, le rôle des responsables de département en matière de supervision et de management est renforcé et leur implication est indispensable. Max WEBER associait en 1947, un style de contrôle bureaucratique à une structure bureaucratique. Ces apports théoriques peuvent être très utiles pour modéliser les "bureaucraties professionnelles". C'est ainsi que H. MINTZBERG caractérise les structures organisationnelles des hôpitaux. En se basant sur les deux structures idéales utilisées

par M. WEBER, W.G. OUCHI et J.B. JOHNSON ont comparé des entreprises japonaises et américaines. Ils établissent des correspondances entre le modèle "A" et le modèle "Z" de WEBER (129). Chaque modèle est caractérisé par un mode de contrôle organisationnel spécifique.

Caractéristiques

Modèle A :
- organisation guidée par des opérations et métiers spécialisés
- taux de rotation du personnel élevé
- système de contrôle très structuré
- évaluations formalisées fréquentes et liées aux évolutions de carrières
- prises de décisions individuelles
- faible ancienneté du personnel
- ...

Modèle Z :
- niveau de spécialisation des opérations et des métiers peu élevé
- taux de rotation du personnel faible
- système de contrôle intégré à la culture d'entreprise
- évaluations non formalisées et basées sur les valeurs partagées
- évolutions de carrière peu fréquentes
- prise de décision collective et participative
- personnel lié à l'entreprise pour le long terme
- ....

Ces deux modèles peuvent se rencontrer dans le même contexte culturel (américain ou japonais). Les chercheurs formulent l'hypothèse selon laquelle, si ces deux modèles peuvent coexister, ils ont été développés en réponse à certaines contraintes de l'environnement de l'entreprise. On ne rencontre que rarement l'organisation de type A au Japon, alors qu'on trouve les deux types en Amérique.

Le modèle d'organisation "Z" est plus approprié aux différents types d'environnement que le modèle "A".

Ils en concluent que le modèle de contrôle est contingent par rapport à certaines variables de l'environnement et, en particulier : la mobilité du personnel entre les entreprises et l'attitude de l'entreprise vis-à-vis des intérêts individuels ou collectifs.

MARCH et SIMON, MINTZBERG et OUCHI associent certains systèmes de contrôle organisationnel aux organisations de grande taille. Ces recherches sont particulièrement intéressantes pour les hôpitaux universitaires qui se classent parmi les structures de grandes tailles comportant des départements et services multiples et différenciés les uns des autres.

En effet, ils observent que plus les activités sont intellectuelles et non répétitives, moins le contrôle des procédures est utilisé au profit du contrôle des performances (9 et 128).

Cependant, les indicateurs spécifiques des résultats des différents départements ne permettent pas de mesurer la réalisation des objectifs généraux de façon satisfaisante à long terme. Lorsque les attentes des clients sont élevées, (plus probable pour les hôpitaux universitaires qui représentent des centres d'excellence), en plus des variables quantitatives, on ne peut négliger les variables qualitatives. Pour OUCHI, il est prudent de focaliser l'attention des responsables de départements sur des objectifs

qui préserveront le volume futur d'activités et fidéliseront les clients.

Les grandes organisations déploient également les structures en "staff ", afin de garder l'organisation sous contrôle. Cela facilite le développement d'un langage et de critères communs pour une meilleure évaluation des processus.

En 1977, OUCHI vérifie que la structure organisationnelle n'est pas nécessairement isomorphe au système de contrôle. Il est souhaitable de compléter le contrôle structuré par un contrôle décentralisé, proche des acteurs et fondé sur les processus et les comportements. Les indicateurs qualitatifs des contrôles opérationnels, de gestion ou stratégiques sont d'autant plus pertinents que la taille de l'organisation est importante et que les activités des départements et services sont différenciés (128).

Dès 1973, les travaux de P.R. LAWRENCE et J.W. LORSCH, effectués sur un échantillon d'entreprises situées dans des contextes nettement différenciés mettent en évidence les invariants suivants (47) :

- concomitance entre le succès économique et l'adéquation des structures des départements fonctionnels aux besoins de l'environnement.
- le département est plus efficace quand l'attention et le comportement du personnel sont centrés sur des objectifs collectifs.
- les performances sont meilleures quand les relations inter-personnelles sont appropriées au travail à accomplir.
- l'adaptation aux contraintes de l'environnement est plus facile lorsque les structures organisationnelles sont adaptées à la nature des tâches.
- la performance est meilleure lorsque le portefeuille de produits est concentré sur quelques activités et que la structure fonctionnelle est bien

intégrée (collaboration étroite entre les services fonctionnels : médecins, infirmières, administratifs, dans le cas d'un hôpital, par exemple).

- la nécessité de disposer de dirigeants spécialisés et capables de traiter rapidement les conflits entre départements (pour l'hôpital : présence de professionnels dans les comités stratégiques : conseil d'administration, comité de Direction,...).

Les déterminants de l'efficacité du traitement des conflits entre les départements sont :

- adéquation des orientations et des structures.
- pouvoir par la compétence des dirigeants disposant des informations cohérentes avec les systèmes de représentation (des médecins, des administratifs, des paramédicaux, ...)
- existence de stimulations pour faciliter la coordination.

Dans des environnements plus incertains, le niveau hiérarchique où doit se situer le pouvoir de résolution des conflits doit être proche du niveau de connaissance des environnements. Ces niveaux hiérarchiques se situent alors dans les strates moyennes, voire inférieures. L'encadrement intermédiaire joue un rôle de déterminant dans ce type de situations.

Pour des environnements plus certains, le pouvoir peut être centralisé à des niveaux supérieurs.

Les évolutions des forces concurrentielles et des contraintes induites par les tutelles devraient nous suggérer certaines mutations.

L'hypothèse déduite par LAWRENCE et LORSCH est la suivante :

" **Pour être efficace, une organisation doit atteindre les états de différenciation et d'intégration qui conviennent aux contraintes de son environnement**".

Pour R. GUEIBE, le médecin garde un réel pouvoir par le contrôle qu'il exerce sur des zones d'incertitude vitales pour l'hôpital (135). Tout en respectant sa mission particulière, l'hôpital serait amené à se gérer selon les pratiques de gestion courantes dans les entreprises de service en général.

De plus, l'identité du médecin évolue et son statut dans la société change. Il n'est plus seul à gérer la santé ou son outil de travail (l'hôpital en l'occurrence).

Pour certains médecins, l'hôpital devient le seul outil de travail possible. Cependant, ils optent encore souvent pour un mode défensif, face aux gestionnaires. Pour l'auteur, le gestionnaire garderait lui aussi une vision archaïque du médecin qu'il a peine à reconnaître comme membre à part entière de son entreprise. "Invité" à venir pratiquer son art dans l'hôpital, le médecin ne peut s'y investir.

Le législateur belge a pensé pouvoir réaliser une intégration par l'instauration dans chaque hôpital d'une structuration de l'activité médicale et de l'installation d'un conseil médical (ou Commission Médicale d'Etablissement ou "CME" en France). L'imprécision de l'autorité respective de ces deux instances et le recouvrement partiel de leur champ d'action les ont amené bien souvent à s'opposer, découvrant un nouvel espace d'enjeu et de conflit.

L'intégration ne passerait pas par l'imposition d'une nouvelle réglementation, mais par l'instauration d'une nouvelle négociation. Le médecin hospitalier doit devenir un membre à part entière de l'institution, avec ses devoirs, mais aussi ses droits, comme tout membre d'une entreprise. Cela implique également que s'il désire travailler à l'hôpital, il devra être moins individualiste et apprendre d'autres façons de pratiquer son art en équipe (135).

Lorsqu'il prend des responsabilités de gestion dans l'organisation, il adoptera les méthodes de management appliquées dans l'hôpital et utilisera le langage commun, facteur d'intégration. Des formations favoriseront cette transition. Pour l'auteur, c'est la réflexion éthique institutionnelle qui sera le lien le plus vivant entre les membres de l'institution, pour autant qu'elle soit orientée vers des buts communs.

R. GUEIBE rejoint en cela les conclusions de W.G. OUCHI qui préconise de compléter le contrôle opérationnel, de gestion ou stratégique par un contrôle proche des acteurs et fondé sur les processus et les comportements.

En effet, les buts communs et la réflexion éthique inspirent des comportements homogènes, ainsi que la maîtrise des processus. Ces approches transversales nécessitent un partage des valeurs et des méthodes de management entre les différents acteurs de l'hôpital.

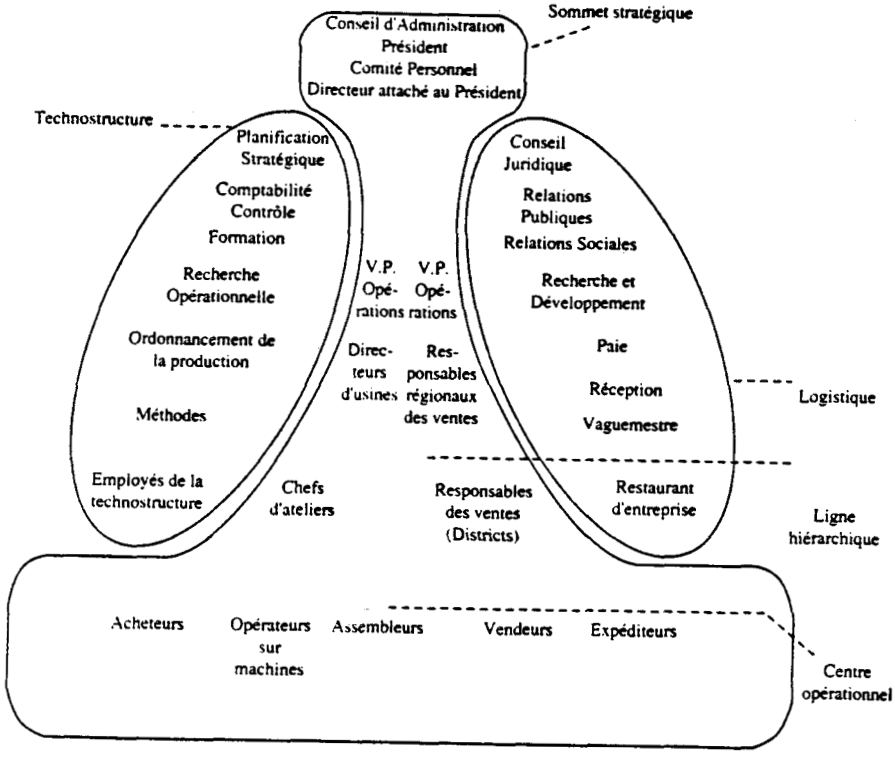
D'autre part, pour M.C MASSE, le rôle de la Direction Générale ne pourrait être concerné que par les seuls aspects financiers. Il assure également un rôle essentiel d'intégration. " L'évaluation de la qualité d'un instrument de contrôle comme le budget n'est pas faite à l'aune d'un seul critère : la maîtrise des dépenses, mais bien au contraire au regard de trois critères : la carence supportée par les patients, la satis-

faction ou l'utilité des services, et enfin les dépenses moyennes ". (**Carence** : écart entre la demande de soins manifestée auprès de l'hôpital et la production réalisée). " Les services très innovants peuvent être gérés de manière très efficace à travers un système décentralisé comme le budget. Ils méritent leur autonomie non pas parce qu'ils sont innovants, mais parce qu'on sait qu'ils font bon usage de leur autonomie".

La carence peut prendre diverses formes : allongement de listes d'attente, orientation vers d'autres hôpitaux, sortie prématurée de patients. Le chercheur a démontré que plus la demande est volatile, plus le contrôle perd de son efficacité. Il ne paraît donc pas optimal de traiter de manière identique l'ensemble des composants du centre opérationnel (ex : cas des services d'urgence).

En matière de contrôle, les meilleurs résultats sont enregistrés là où l'incertitude sur la demande est faible. L'amélioration de l'efficacité de l'outil budgétaire peut passer dans certains cas par une diminution de l'incertitude pesant sur l'activité. Les travaux d'Henry MINTZBERG spécifiques aux organisations de professionnels constitueront le cadre de référence pour l'ébauche d'une "équipe stratégique" qui ne se limite pas à la composition d'un "sommet stratégique" tel que défini par l'auteur, mais reprend également les éléments de la "technostructure" contribuant à la "mise en routine" du management stratégique.

Modèle générique présenté par Mintzberg (40) :



Selon MINTZBERG, dans une organisation de professionnels telle qu'un hôpital, les principes guidant l'action des opérationnels se partagent entre la collégialité (recherche du bien commun) et les aspects politiques (recherche de l'intérêt personnel).

Selon MINTZBERG, la fragmentation des activités et spécialisations pousse les médecins à ne pas initier des mutations importantes, mais à ne procéder qu'à certains réarrangements au niveau de leur service. De cette façon, ils essayent de poursuivre leur stratégie de manière locale, sans remettre en cause les structures et habitudes générales de l'organisation. De telles organisations professionnelles se ca-

ractérisent par une relative stabilité générale et des mutations perpétuelles au niveau d'un service.

Les relations de travail sont très inter-individuelles entre les professionnels au sein des petites équipes constituées par les spécialistes. De même, en dehors du contrôle effectué directement par les professionnels et des prises de décisions collégiales au sein de petites équipes, on retrouve une structure hiérarchique classique disposant d'une techno-structure assez développée. Celle-ci se met au service des professionnels dès qu'une proposition est formulée.

Les décisions institutionnelles sont aussi guidées par cette recherche de l'intérêt commun et un système de prise de décision collégiale. Les approches analytiques apportent une certaine rationalité dans ces processus de décision. En quelque sorte, elles jouent le rôle de "main invisible".

Les professionnels s'attendent à pouvoir développer le service au client de la manière dont ils l'entendent et y sont très attachés. Les normes spécifiques à leur profession sont perçues comme étant des contraintes importantes. Il est donc fréquent

de parler de réunion de concessus où chacun souhaite pouvoir défendre sa perception et ses intérêts.

Les solutions préconisées par MINTZBERG :

- La structure sera de type bureaucratique mais également décentralisée moyennant une standardisation des méthodes de management utilisées par le centre opérationnel (via des formations,...).
- autonomie de fonctionnement du centre opérationnel moyennant des systèmes d'évaluation de la profession.

- limitation de la technostructure et de la ligne hiérarchique moyennant un système complet de suivi des opérations et des moyens logistiques adaptés pour soutenir l'activité des opérationnels.
- les choix stratégiques sont largement basés sur les options et avis du centre opérationnel canalisés par des forces de cohésion au niveau du sommet stratégique.
- la stratégie générale est très stable mais les changements sont permanents au niveau des opérationnels (entraînant des problèmes de coordination).

Ce type de structure se rencontre généralement dans le cas des universités, des hôpitaux généraux, des services dit "sociaux", des sociétés de consultance et de recherche, cabinets de conseil juridique,...

Les raisons conduisant au développement de telles structures sont :

- nécessité de mettre en oeuvre des procédures de travail complexes mais bien circonscrites (standardisées).
- l'apprentissage du métier exige une pratique intensive et durable pour permettre le développement de ces standards.
- nécessité d'un travail en équipes multidisciplinaires pour les prestations les plus complexes.
- ....

La mise en oeuvre du management stratégique dans les organisations de professionnels nécessite l'implication directe des professionnels. En effet, la définition

des activités à développer pour l'hôpital repose sur l'appréciation des professionnels et la mise en commun des idées individuelles.

Les services administratifs n'ont généralement plus d'autre possibilité que d'agir en imposant des règles budgétaires, par exemple. Ils interviennent surtout pour définir des règles de fonctionnement collectif. Les professionnels ont tendance à recourir à leur service pour résoudre certains problèmes ou gérer des phases de "crise".

Sur base des observations de MINTZBERG, nous pourrions donc imaginer que plus le contexte économique ou légal des hôpitaux deviendrait contraignant et instable, plus l'intégration entre les professionnels et les administratifs serait effective. Les travaux de recherche d'ALLAIRE et FIRSIROTU corroborent les observations de MINTZBERG. En effet, ils ont identifié plusieurs formes de management stratégique (tout au moins dans les phases de planification stratégique), au sein des grandes entreprises.

La typologie est basée sur le partage des valeurs (et finalités de l'entreprise) et sur le partage des connaissances et informations entre la Direction générale et les opérationnels (ou les professionnels du schéma décrit par MINTZBERG).

Dans le cas des grandes entreprises de professionnels (comme les hôpitaux universitaires), on peut se demander si les travaux d'ALLAIRE et FIRSIROTU effectués à l'université du Québec, ne pourraient pas constituer une typologie pertinente des différentes formes de management stratégique possible.

Informations disponibles

		Même niveau de connaissance des métiers de l'entreprise par la D.G et les responsables opérationnels.	Supériorité des connaissances des opérationnels par rapport à la D.G.	Nette supériorité des connaissances des opérationnels par rapport à la D.G.
Niveau de partage des valeurs	élevé	**1 M.S.** dominée par le leader		**2 M.S.** dominée par la culture d'entreprise
	moyen		**3 M.S.** dominée par les opérationnels	
	faible	**5 M.S.** dominée par les cadres fonctionnels		**4 M.S.** dominée par les chiffres

Type 1 :

- Les opérationnels s'auto-contrôlent
- Les plans d'actions stratégiques institutionnels ne sont généralement pas établis de manière détaillée
- Ce modèle se rencontre généralement dans les entreprises pilotées par le fondateur qui a encore une connaissance de tous les rouages de l'entreprise.

Remarque : lorsque le leader doit être remplacé, cette forme ne convient plus. Le management selon le type **2** devra être choisie de préférence.

Type 2 :

- A ce stade, tous les acteurs de l'entreprise partagent les mêmes objectifs généraux et les mêmes valeurs culturelles.
- Les plans d'actions sont simples et suivis par des responsables imprégnés de valeurs internes
- L'entreprise favorise les promotions internes et est très sélective lors des recrutements

Type 3 :

- Le management stratégique y est très décentralisé
- Les activités sont basées sur des compétences bien différenciées
- Les membres de la Direction générale ont exercé des responsabilités opérationnelles avant d'être promus. Ils comprennent bien les composantes du métier de l'entreprise et sont suffisamment crédibles pour éviter que s'installent des forces centrifuges

- Une vue des valeurs clés est le changement centré sur les évolutions des besoins des clients.

Type 4 :

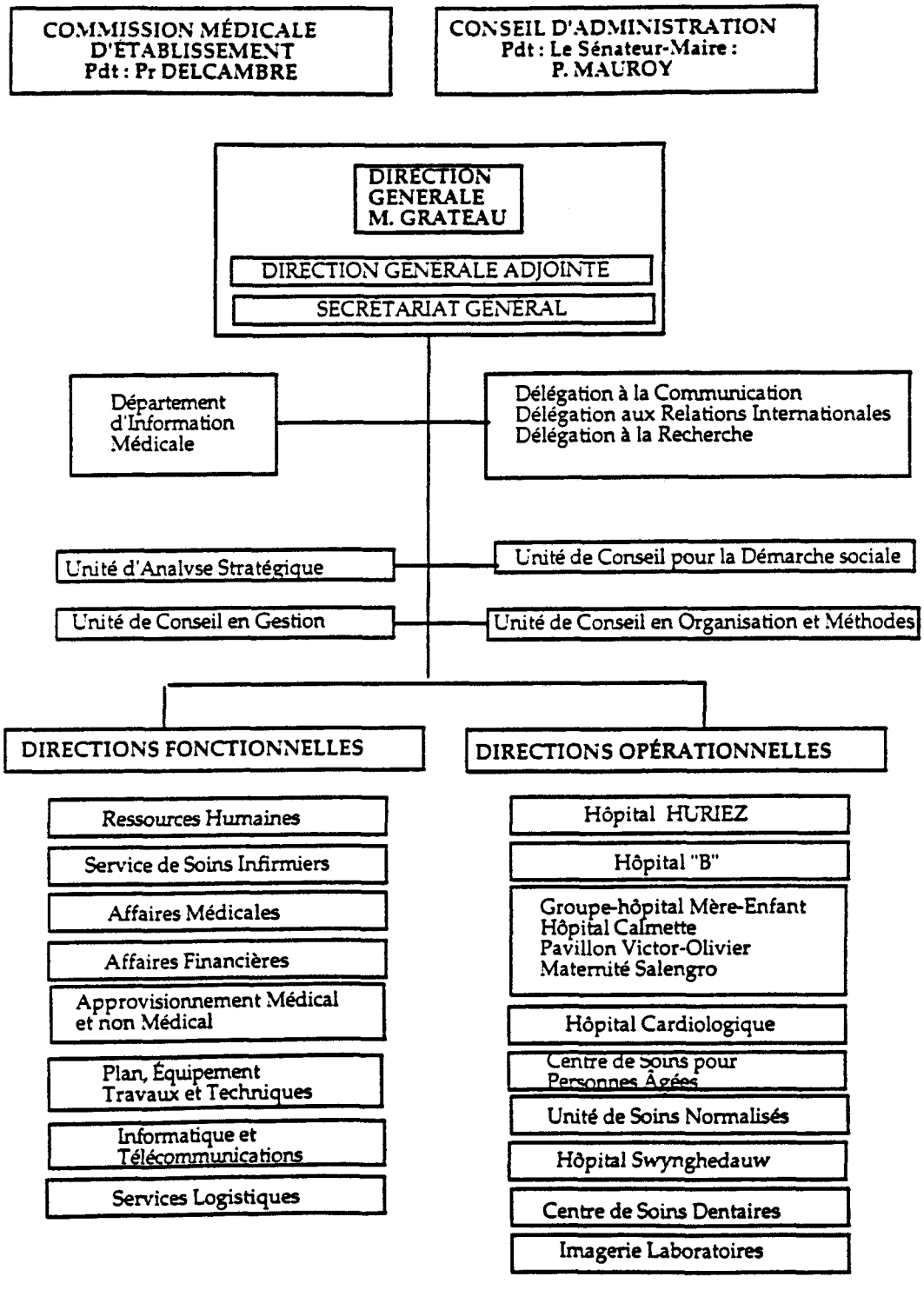
- Peut convenir lorsqu'il n'y a pas d'activité à fortes turbulences dans le métier de l'entreprise (peu de changements technologiques par exemple)

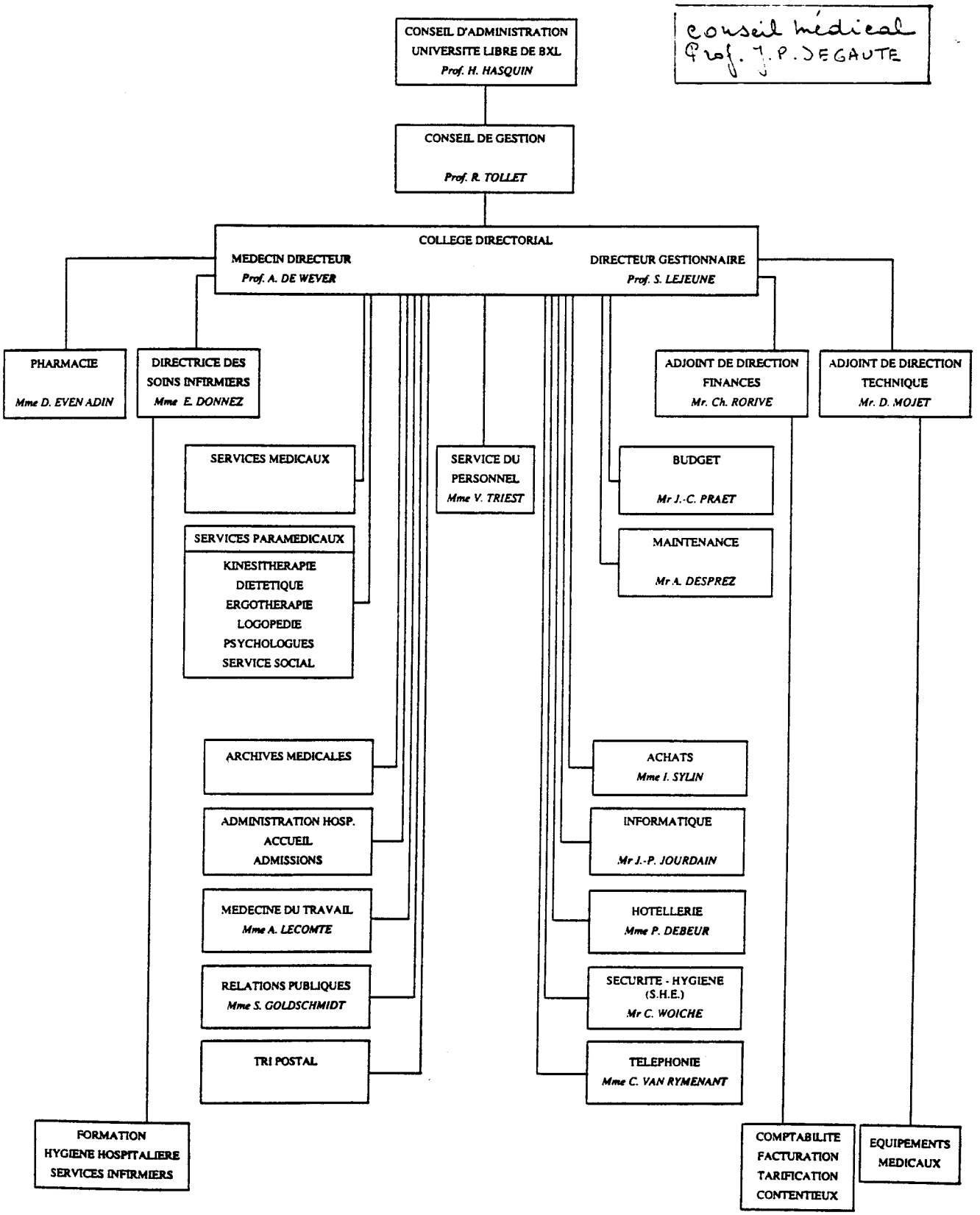
Type 5 :

- Se rencontre au sein des grands groupes mutidivisionnels où les fonctionnels font pression sur les opérationnels.

Dans le cas des hôpitaux, une difficulté supplémentaire apparaît dans la composition du sommet stratégique.

L'exemple réel de l'hôpital universitaire repris ci-après démontre ce niveau de complexité.




CONSEIL D'ADMINISTRATION
UNIVERSITE LIBRE DE BXL
Prof. H. HASQUIN
conseil médical
Prof. J.P. DEGAUTE
CONSEIL DE GESTION
Prof. R. TOLLET
COLLEGE DIRECTORIAL
MEDECIN DIRECTEUR
Prof. A. DE WEVER
DIRECTEUR GESTIONNAIRE
Prof. S. LEJEUNE
PHARMACIE
Mme D. EVEN ADIN
DIRECTRICE DES SOINS INFIRMIERS
Mme E. DONNEZ
ADJOINT DE DIRECTION FINANCES
Mr. Ch. RORIVE
ADJOINT DE DIRECTION TECHNIQUE
Mr. D. MOJET
SERVICES MEDICAUX
SERVICE DU PERSONNEL
Mme V. TRIEST
BUDGET
Mr J.-C. PRAET
SERVICES PARAMEDICAUX
KINESITHERAPIE
DIETETIQUE
ERGOTHERAPIE
LOGOPEDIE
PSYCHOLOGUES
SERVICE SOCIAL
MAINTENANCE
Mr A. DESPREZ
ARCHIVES MEDICALES
ACHATS
Mme I. SYLIN
ADMINISTRATION HOSP.
ACCUEIL
ADMISSIONS
INFORMATIQUE
Mr J.-P. JOURDAIN
MEDECINE DU TRAVAIL
Mme A. LECOMTE
HOTELLERIE
Mme P. DEBEUR
RELATIONS PUBLIQUES
Mme S. GOLDSCHMIDT
SECURITE - HYGIENE
(S.H.E.)
Mr C. WOICHE
TRI POSTAL
TELEPHONIE
Mme C. VAN RYMENANT
FORMATION
HYGIENE HOSPITALIERE
SERVICES INFIRMIERS
COMPTABILITE
FACTURATION
TARIFICATION
CONTENTIEUX
EQUIPEMENTS
MEDICAUX

Bien qu'il s'agisse d'hôpitaux publics, la structure générale des hôpitaux privés et publics français ou belges sont très similaires du point de vue de la composition de ce sommet stratégique (ne fût-ce que par le respect des dispositions légales) :

- un ou plusieurs organes de Direction (comité de Direction regroupant médecins et administratifs, Direction administrative et Direction médicale,...)
- la commission médicale d'établissement (ou conseil médical en Belgique)
- le conseil d'administration
- ....

Bien que la commission médicale d'établissement a essentiellement un rôle consultatif, elle occupe généralement une place importante dans la préparation des décisions stratégiques.

Dans le cas de l'hôpital universitaire, il faut également associer certaines instances académiques ou unités de recherche qui orientent certains choix en matière de spécialisation et obtiennent des financements qui ont un impact sur l'activité hospitalière.

Les exemples réels mettent en évidence les problèmes de coordination et de prise de décision qu'un sommet stratégique peut rencontrer lorsque la taille d'un hôpital devient très importante ou que les frontières entre les activités académiques et hospitalières tendent à se confondre.

5°) CONCLUSIONS UTILES POUR LA RECHERCHE

L'hôpital peut être considéré comme un système semi-ouvert sur son environnement. Cet environnement peut se représenter par trois cercles concentriques (micro, meso et macro-environnement). Face à une nouvelle contrainte financière, légale, technologique, concurrentielle ou déterminée par une évolution des états de santé de la population, un nouvel état de complexité peut s'imposer à l'hôpital. Il doit s'y conformer perpétuellement pour acquérir de nouvelles marges de manoeuvre.

Les mutations à affronter, et pour lesquelles des stratégies de changements imposent une plus grande flexibilité des structures d'organisation et des styles de management, sont la conséquence de différents facteurs assignables : augmentation des causes commensales d'évolution des états de santé et de développement de pathologies complexes, accélération des innovations technologiques associées à une réduction de la durée de vie, accélération des besoins de recherche et réduction des ressources financières directes, érosion des pouvoirs de monopole des hôpitaux universitaires, évolution des besoins sociaux, économiques et culturels.

Les structures stratifiées des grands hôpitaux seront de moins en moins adaptées pour faire face à ces nouvelles contraintes externes. Des adaptations sont probablement nécessaires pour leur permettre de développer des projets transversaux et acquérir toujours plus de flexibilité.

Les décideurs doivent développer les capacités collectives par la participation entre les compétences internes de l'hôpital. Les modèles directifs anciens seront de moins en moins adéquats.

Les "clients" de l'hôpital sont multi-céphales. Ils peuvent difficilement juger la performance sur base de la qualité "technique" des soins. Leur appréciation se fonde généralement sur la qualité du service fourni. L'attitude des "clients" serait le meilleur prédicteur de leurs comportements. La formation des attitudes sera le résultat de l'évaluation du service sur la série d'attributs constituant le panier d'attributs. Le client synthétise de manière multidimensionnelle les croyances relatives à l'ensemble des attributs de service. La satisfaction du client évolue de façon dynamique et nécessite l'emploi d'outils de mesure multi-critères fiables et ayant un caractère explicatif.

Compte-tenu de sa mission d'enseignement, l'hôpital universitaire doit maintenir un certain niveau d'activité générale. Cela signifie que des patients relevant des hôpitaux généraux doivent pouvoir être pris en charge, ne fût-ce que pour les besoins de formation en médecine et chirurgie générale. Dans l'hypothèse où l'université ne serait associée, pour sa mission d'enseignement, qu'à un seul hôpital universitaire, celui-ci devrait disposer de services spécialisés et de services plus généraux. Pour répondre aux diverses contraintes auxquelles elle est soumise, l'université pourrait également s'appuyer sur un réseau d'hôpitaux complémentaires et établir des partenariats université/hôpital/entreprise.

Indépendamment des projets imposés de l'extérieur, l'hôpital doit poursuivre des buts qui lui sont spécifiques. Une certaine autonomie est donc nécessaire par rapport aux tutelles et aux groupes de pression. Les modèles de contrôle organisationnel doivent s'accorder avec le développement de projets autonomes et ne pas découler uniquement des contraintes imposées de l'extérieur. Cependant, compte tenu du caractère faiblement quantifiable de certaines activités, des contrôles décentralisés fondés sur le respect des règles de procédures et de comportements complèteront les contrôles centralisés (quantitatifs et qualitatifs) sur les résultats de la "production". Ces éléments centralisés portent généralement sur les taux d'utilisation positive ou négative des ressources disponibles (sur-consommation des ressources ou sous-utilisation de ressources via les mesures de listes d'attente, du réadressage de patients vers d'autres structures, ...)

Les logiques complémentaires entre les professionnels et les gestionnaires doivent chercher à se conjuguer plutôt qu'à s'exclure. L'amélioration de la qualité des décisions prises en vue de gérer des projets concrets en dépend.

Le maintien de certains pouvoirs de monopole se justifie pour l'hôpital universitaire et nécessite l'utilisation de l'action politique et économique pour assurer le succès du développement des innovations. Le contrôle des barrières à l'entrée et des menaces des nouveaux entrants est une nécessité que les administrations ou les politiques intègreront dans la relation "contractuelle" établie avec l'hôpital universitaire. Le contexte économico-politique actuel et la bonne utilisation des ressources disponibles pour la recherche appellent au développement du lobbying au service d'une régulation.

La régulation tarifaire assortie du respect de normes (qualité, transfert du savoir après consolidation des résultats de recherche, ...) est également une technique classique de maintien de ces pouvoirs de monopole.

Les changements managériaux méritent d'être amorcés le plus tôt possible. Plus un secteur est en difficulté, plus il est nécessaire d'engager des changements en profondeur. Les changements en profondeur remettent souvent en cause la stratégie, la structure organisationnelle, les valeurs partagées, les structures de financement et les finalités de l'hôpital, ne fût-ce que par une remise en cause des politiques de santé.

Les entreprises à buts non lucratifs sont également confrontées aux problèmes de marketing. Les perceptions des "clients" évoluent et la mise en place de stratégies de réponse s'impose en fonction :

- des besoins et attentes des "clients"
- de l'intérêt du client (rapport coût/efficacité)
- des buts de l'hôpital
- de l'intérêt à long terme pour la collectivité (auto-protection à susciter par catégories de patients : comportements nuancés par les âges, les sexes, les revenus, ...)

Les méthodes d'analyse stratégique à adopter par l'hôpital dépendent également de son stade de maturité en matière d'application du management stratégique. Les résistances au changement doivent être identifiées en fonction de ces stades et être

intégrées dans un projet de développement spécifique des capacités des équipes managériales.

Une politique d'ajustement de l'hôpital aux attentes de ses "clients" ne suffit pas. Une approche déterministe en matière d'innovation doit également être envisagée.

CHAPITRE IV : LA FORMULATION DES HYPOTHESES

IV. 1 Les hypothèses 223

IV. 1.1. Eléments exogènes 223

IV. 1.2. Eléments endogènes 228

IV. 1. Les hypothèses

Considérant l'entreprise comme un système semi-ouvert, certaines hypothèses concernent davantage l'environnement externe de l'entreprise et d'autres, les processus internes (stratégie interne, structure, culture). Ces variables d'un même système doivent être examinées simultanément, pour identifier les concomitances entre les déterminants du management stratégique.

IV. 1. 1. Eléments exogènes

1. Le management stratégique complète la gestion des pouvoirs de monopole

Le lobbying auprès des groupes d'influence est un outil d'autant plus important que l'hôpital se positionne dans le groupe des monopoleurs. Il se critalise essentiellement au niveau des groupes de professionnels ou des financiers et ce, dans le but de consolider les pouvoirs de monopoles. Les aspects de management stratégique commencent à se développer pour diverses raisons :

- gestion de plus en plus pro-active de la part des organismes de tutelle du fait de la contraction du cycle économique
- implication croissante des systèmes d'assurance privée et participation plus élevée du patient dans la rémunération du service obtenu
- augmentation du nombre de services substituables et innovations pas toujours encouragées du fait des hystérésis rencontrés au niveau des

organismes de tutelle (en matière d'adaptation des nomenclatures permettant un remboursement des prestations notamment, ...)

- problèmes rencontrés en matière de financement des recherches fondamentales et appliquées.

La période de contraction du cycle économique et l'augmentation de l'interdépendance des sous-secteurs réduisent les pouvoirs de monopole. Le pouvoir stratégique sur le marché est très limité et les coefficients d'élasticité sont proches de ce qu'on rencontre en situation de concurrence parfaite (courbes subjectives proches des courbes de la demande qui est de moins en moins élastique).

Cela renforce les arguments développés en faveur des pratiques parallèles de financement. Cela pourrait représenter une perte de contrôle pour les tutelles qui ont à assurer un rôle de régulation. En phase de développement des innovations, comme les moyens qu'elles peuvent allouer sont limités, elles auraient intérêt à concentrer les moyens octroyés.

Cela reviendrait à entretenir des pouvoirs de monopole de certains hôpitaux universitaires, pour des activités spécialisées et de généraliser les innovations sous contrôle (après avoir vérifié leur efficacité par l'application de protocoles d'essai standardisés, par exemple). De cette manière, les monopoles de pouvoir seraient volontairement limités dans le temps.

Les hôpitaux universitaires pourraient, si les financements s'adaptent au fur et à mesure des innovations, assurer leur fonction de services publics pour des activités spécialisées, tout en assurant l'accessibilité des soins. Une telle approche maintiendrait la croissance des charges financières à supporter par la collectivité dans les limites acceptables, tout en améliorant l'état sanitaire de la population.

La recherche de certains degrés de liberté répond à un principe bien connu en management :

Si toutes les variables sont commandées de l'extérieur, aucune organisation originale ne peut se développer et les projets individuels ne peuvent émerger pour réaliser les buts de l'organisation de niveau supérieur (J. MELESE).

Pour accroître la connaissance de son environnement, ses possibilités de contrôle et d'obtention de réponses favorables, il devient indispensable de s'insérer dans des réseaux.

2. Concentration sur le métier

Dans les sous-secteurs où l'hôpital universitaire détient un certain pouvoir de monopole et **pour lesquels les demandes sont encore élastiques**, la relation entre les parts de marché et la rentabilité, telle que décrite par le PIMS, se vérifie. Cela laisse une marge de manoeuvre à l'entreprise et offre un potentiel de croissance. Les fruits de cette croissance peuvent, à leur tour, être utilisés pour le développement des innovations et du projet d'entreprise.

3. Contrôle par la volonté managériale et par la contrainte

Dans un hôpital, le contrôle de gestion peut se justifier, non pas en fonction d'une volonté de mettre en place un management stratégique, mais uniquement pour des raisons réglementaires. Dans ce domaine, la démarche n'est pas toujours volontariste. Les approches considérant essentiellement les variables et contraintes externes de l'entreprise concernent la planification stratégique, alors que le management stratégique prend également en compte les stratégies internes. Dans ce cas, nous rencontrons le

principe énoncé par J. MELESE. L'émergence de projets stratégiques originaux devient de moins en moins fréquent et, comme le décrit D. PAUL, l'hôpital se contente de réduire les écarts opérationnels de performance pour ses activités existantes. Les manoeuvres stratégiques nouvelles se font de plus en plus rares. Les chances de rencontrer les finalités d'ordre supérieur diminuent également.

4.Influence des initiatives du secteur

A l'intérieur de classes homogènes, le niveau de compétition et la proportion d'entreprises entreprenantes de la population orientent les initiatives stratégiques prises par un hôpital.

5. Les méthodes d'analyse stratégique utilisent des données structurées et des informations mosaïques

Les projets sociaux se situent souvent dans des environnements statistiquement instables (sujets à des pressions diverses et à des mutations répétitives) Dans ce cas, les éléments exogènes prédominent. Dans une telle situation, l'ensemble des connexions d'un individu ou d'une organisation avec le monde extérieur pour capter les informations mosaïques jouent un rôle essentiel.
La nature des informations à intégrer pour analyser et piloter les projets diachroniques et synchroniques ne peuvent se limiter aux informations structurées (cfr. I.2.2).

Compte tenu des langages spécifiques et des pratiques pour fixer les options à prendre, les réflexions seront nécessairement pluridisciplinaires. Il est nécessaire de développer des capactités cognitives pour percevoir correctement les innovations, tout

en les intégrant avec les priorités du projet d'entreprise.

Ces réflexions complèteront le travail plus formel d'analyse du marché, des avantages compétitifs, des forces et des faiblesses, des facteurs critiques, ..

6. Nécessité d'une cohérence entre le mètre-étalon de l'évaluation des performances et la Politique de Santé publique

L'évaluation sur la seule composante de la qualité des soins et des coûts par DRG doit évoluer vers une approche intégrant une notion de contrat d'objectifs établie au départ d'une base de données multicritères. L'évaluation doit permettre une allocation des ressources par les tutelles adaptées en fonction des priorités du projet stratégique de l'hôpital. L'évaluation de la performance basée uniquement sur les coûts est insuffisante pour servir les finalités d'une véritable politique de santé publique. En effet, ces approches sont principalement rétroactives et insuffisamment pro-actives.

IV.1.2. Eléments endogènes

1. Focalisation de l'hôpital sur ses métiers

Les stratégies gagnantes sont celles qui se concentrent sur les métiers de l'entreprise. Elles permettent de s'appuyer sur ses forces, de transformer ses faiblesses et d'orienter l'entreprise de manière dynamique pour concrétiser la finalité contenue dans son projet d'entreprise.

En ce qui concerne les hôpitaux universitaires, cela passe par une plus grande intégration du médecin (chercheur, chef de service, chef de département, ...) comme acteur responsable de la réalisation du projet institutionnel de l'hôpital. Les aspects stratégiques que constituent les innovations technologiques ou pharmaceutiques imposent des choix collectifs et la mise en place d'équipes mixtes entre spécialités permettant une meilleure associativité entre les projets de recherche. Ces synergies ont souvent des effets démultiplicateurs importants pour la spécialisation d'une activité tant du point de vue diagnostique que thérapeutique.

2. Dispositions pratiques pour la flexibilité

Pour réussir le changement, le rôle de l'expérience et les relations informelles entre les entités définies par la structure organisationnelle sont plus importants que la description du poste, l'autorité hiérarchique et le rattachement à une division.
Dans un environnement changeant la capacité à évoluer est un atout plus important que la perfection de l'organisation et de ses procédures de fonctionnement. Cependant, un minimum d'organisation est utile pour gérer les ressources nécessaires au fonctionnement de l'entreprise et à la concrétisation de ces changements.

3. Résilience et adéquation des stratégies internes au service des stratégies externes

Lorsque l'entreprise subit une rupture, elle développera des projets pour évoluer vers un nouvel état stable et maîtriser son environnement. La rapidité avec laquelle le système traverse une crise d'origine exogène caractérise également la performance de l'entreprise. Cela vaut aussi pour les crises endogènes. Les stratégies internes sont nécessaires pour créer les conditions de réussite des stratégies externes.

4. Indicateurs donnant des possibilités d'action

Dans les organisations de professionnels, l'hétérogénéité entre professionnels est très marquée. Dans le même temps, la complémentarité professionnelle confère un caractère éminemment politique à ces organisations.

La plupart des orientations stratégiques communes constituent des valeurs partagées plutôt que des objectifs communs et beaucoup de professionnels contribuent à l'élaboration de la stratégie. Les professionnels sont très impliqués dans le développement de leur portefeuille de produits/marchés. En effet, selon H. MINTZBERG, l'efficacité du fonctionnement d'une telle organisation sera obtenue en concentrant les professionnels sur leurs responsabilités individuelles et sur la relation avec leur client (le médecin généraliste et le patient pour le médecin spécialiste de l'hôpital universitaire). (40)

Le contrôle de gestion doit donc compléter sa batterie de ratios par des indicateurs qui permettront au professionnel de faire évoluer son comportement vis-à-vis de son client, tout en contribuant à l'amélioration des performances globales de l'hôpital.

5. Création d'une vision partagée

La formulation des intentions des dirigeants au travers des finalités de l'entreprise induisent des comportements de coopération pour la réalisation d'objectifs à court, moyen et long terme. Selon MINTZBERG, les professionnnels sont tentés pour des raisons de spécialisation, à opérer des mutations perpétuelles au niveau d'un service. Ils arrivent difficilement à remettre en cause les structures et habitudes générales de l'organisation. De plus, les normes et les valeurs spécifiques à leur profession sont perçues comme étant des contraintes importantes. Ils ont donc tendance à se les représenter à leur niveau et éprouvent des difficultés pour partager une vision institutionnelle.

6. Expertise des Dirigeants dans la conduite des projets stratégiques

La gestion de projets suit un processus résolutoire durant lequel les rétro-actions sont fréquentes et inversément proportionnelles à l'expertise des dirigeants. Le degré d'organisation, d'encadrement des équipes de projets et la qualité des informations collectées conditionnent fortement leur efficacité. La Direction suit ces projets et s'implique pour que les changements en profondeur répondent aux objectifs prédéfinis.

7. Conduite des mutations

Considérant le principe des structures dissipatives, pour acquérir une nouvelle marge de pouvoir stratégique sur le marché, il faut rompre avec les règles et rapports de pouvoirs existants. Pour maintenir ces facteurs d'instabilité, des projets seront initiés à l'intérieur de l'entreprise (innovation dans la profession, innovation

managériale conférant les qualités de flexibilité, ...). Pour gérer ces projets de changements à l'intérieur de l'entreprise, il faut souvent travailler à l'aide d'équipes transversales et interfonctionnelles et sortir du cadre fixé par la structure.

8. Le processus d'évolution des stades de maturité du management stratégique

Lorsque des systèmes de planification stratégique sont développés, les phases de développement décrites par Th. G. MARX dans les "systèmes humains des secteurs marchands" se rencontrent dans les "systèmes humains" que constituent les hôpitaux universitaires.

9. Cohérence des structures et des objectifs

La configuration de la structure confère des qualités à l'organisation et influence son efficacité. Les structures "line" seront soutenues par des compétences "staff" qui se mettront à leur service et les conseilleront. Il s'agit d'un choix stratégique vers plus de forces innovatrices et de flexibilité face aux perturbations de l'environnement.

10. Cohésion et stabilité des équipes de décision

Dans la mesure où les projets de changement nécessitent un travail de collaboration des personnes qui se font naturellement confiance, dans une organisation de professionnels, les innovations professionnelles et managériales peuvent être difficiles à gérer, si les compétences complémentaires ne sont pas correctement intégrées au niveau des organes de décision. On peut avoir des doutes au niveau de cette cohésion, lorsque les structures de décision se modifient régulièrement.

11. Synergies Hôpital/Université pour un hôpital universitaire

Dans la mesure où la structure de décision de l'hôpital universitaire se confond avec celle de l'Université, les priorités stratégiques en matière de recherche appliquée seront le reflet des priorités de la recherche fondamentale. Si des divergences devaient apparaître entre les domaines clés définis par la Direction de l'hôpital universitaire et les orientations effectives de la recherche, la réalité ne correspondrait pas à la vision (apparition de forces centrifuges au niveau des chercheurs et des professionnels, atténuation du pouvoir de monopole sur les marchés suite à une perte d'efficacité en matière d'innovation, ...)

Cette dispersion s'accompagnerait probablement d'une perte de focalisation sur ses points forts et sa position concurrentielle. En effet, la recherche des compétences spécialisées est un facteur de succès des hôpitaux universitaires. Cela passe entre autres par une politique de recherche axée sur les orientations stratégiques.

12. Acteurs des innovations manageriales

Les relations de pouvoir sont cristallisées au niveau des groupes de professionnels d'une organisation de professionnels. Par contre, les départements de gestion sont des leviers importants dans le milieu hospitalier où les ressources financières sont très rares. La mise en place du management stratégique est souvent suscitée par les "financiers". Comme l'a démontré D. PAUL, la démarche de "programmation financière", fondée sur une pratique de gestion budgétaire, constitue souvent une transition vers la pratique du management stratégique.

13. Gestion des innovations

Dans une entreprise dont la structure est complexe, les relations de travail se fondent sur un réseau de compétences et non sur des relations hiérarchiques et de pouvoir. La prise de décision reste du ressort de la structure qui sera la plus légère possible. Pour rester compétitif dans le domaine des soins, l'hôpital doit acquérir un avantage au niveau des variables humaines. C'est le personnel qui est à la base de l'excellence du service et donc de l'image de l'hôpital auprès du patient et du médecin prescripteur.

Malgré cela, une telle entreprise ne pourrait être que la deuxième dans son métier. Le leadership stratégique doit venir de l'innovation des services en termes professionnels et manageriaux.

Ces percées stratégiques pourront ensuite déterminer les services à développer pour satisfaire une nouvelle demande et se différencier nettement.

14. Coexistence de deux modes de contrôle organisationnel

* Les modes de contrôle de type opérationnel, de gestion et stratégiques seront centrés sur les spécialités et très structurés en ce qui concerne la recherche. L'évaluation sera fréquente et la prise de décision décentralisée.

* Dans le même temps, les modes de contrôles seront globaux et basés sur des valeurs partagées en ce qui concerne les fonctions de soins. Les prises de décisions y seront le plus souvent collégiales et participatives.

15. Processus de déploiement du management stratégique

La fragmentation des activités n'encouragent pas les professionnels à initier des mutations importantes de façon institutionnelle. Les politiques de produits/marchés se définissent plus localement par les différents professionnels.

Les décisions institutionnelles seraient plutôt guidées par la recherche des intérêts communs. Elles seraient favorisées par des démarches analytiques (analyses coût/bénéfice, perception des facteurs critiques de succès auprès des clients, réunions de consensus entre professionnels, ...)

Dans un tel contexte, les processus d'analyse et de planification stratégiques démarreront localement pour être consolidés par consensus. La techno-structure assurera la cohérence d'ensemble et limitera les risques de sub-optimisation induits par la multiplication des démarches analytiques décentralisées.

16. Réflexion stratégique en comité multidisciplinaire

Pour qu'une certaine réalité complexe arrive à être présente dans notre tête sous forme d'images mentales et forme un tout sur lequel nous pouvons raisonner, réagir et communiquer avec nos semblables, nous devons tranformer cette réalité en représentations.

Ces représentations sont elles-mêmes complexes. Il s'agira plutôt des représentations d'un comité stratégique multidisciplinaire. En effet, il s'agit d'un bon moyen pour développer les capacités cognitives permettant de repérer les langages spécifiques et les pratiques (informations mosaïques spécifiques aux activités professionnelles de l'entreprise, informations structurées permettant le travail formel d'analyse du marché, informations structurées d'ordre financier, ...)

17. L'optique "produit" est encore dominante

Dans une optique "produit", l'hôpital universitaire se consacre en priorité à l'amélioration de la qualité des soins ou des prestations techniques par l'utilisation de compétences spécialisées et des équipements de pointe. Il présume que le patient continuera à vouloir le même type de service parce que sa qualité technique est bonne. A priori, il pourrait considérer que le patient devrait lui rester fidèle et lui en être reconnaissant. Les évolutions des attitudes et perceptions des patients n'engendrent pas nécessairement des réponses en terme de services pour y répondre. Des conflits d'intérêts persistent entre le patient et l'hôpital. Le marketing sociétal répond aux finalités de l'hôpital et intègre les intérêts à long terme du patient et de la société. Dans une optique de marketing sociétal, l'hôpital universitaire s'investit pour prévenir les évolutions des états de santé et infléchir la politique de santé publique.

18. Financement complémentaire des nouveaux développements stratégiques

Pour assurer la vie de l'hôpital en longue période, les développements stratégiques ne peuvent pas uniquement se faire en réduisant les dépenses discrétionnaires. Le montant général attribué au financement des activités nouvelles doit dépendre, en premier lieu, des orientations générales du projet d'entreprise.

Par contre, si on ne réduit pas asser le "slack" au niveau des dépenses courantes, une partie du financement des activités nouvelles disparaît. Des possibilités de financement d'activités nouvelles devront encore toujours être négociées avec les tutelles dans le respect des règles de régulation des mécanismes de l'offre et de la demande des services sociaux.

19. Management participatif et management stratégique

Le management stratégique suppose un style de management participatif et la recherche d'une vision collective. Cette évolution des mentalités rencontre des résistances au changement. Pour que le management stratégique aboutisse, les autres formes de management participatif, telles que le management par la qualité totale et la gestion budgétaire, sont des relais importants.

20. Adaptation à l'environnement versus attitude de repli

Les hôpitaux performants ont la capacité de percevoir les attentes de leurs "clients" (patients, médecins de famille, tutelles, tiers payant, assureurs, ...) et les attitudes de leurs concurrents telles qu'elles sont. Ils ne les perçoivent pas telles qu'ils souhaiteraient qu'elles soient. Ils identifient les évolutions pertinentes et définissent des plans d'actions appropriés.

CHAPITRE V : ANALYSE DES RESULTATS

Introduction 237

Eléments méthodologiques généraux 240

- Mesures et échelles psychométriques 240
- Test qualitatif utilisé pour la validations des questionnaires mis en oeuvre 242
- Méthode d'analyse multicritères utilisée en complément des analyses factorielles 244

V.I. Analyse des représentations des Dirigeants relatives au management stratégique 250

V.1.1. Ciblage des pratiques de management 250

V.1.2. Analyse des représentations des professionnels et des gestionnaires 263

V.1.3. Synthèse des représentations analysées 291

V.2. Evolution des comportements d'achat des patients 294

V.3. Analyse des attributs de service en matière d'hospitalisation 300

V.4. Attributs de base et attributs secondaires pour les urgences et différents services ambulatoires universitaires. 310

A. Le service des Urgences 312

B. Les services diagnostiques et thérapeutiques ambulatoires 319

INTRODUCTION

Avant de proposer un modèle de management stratégique adapté au contexte des hôpitaux universitaires français et belges, il est nécessaire de valider les bases théoriques.

D'autre part, avant d'entamer une phase de recherche qualitative des représentations des Dirigeants, une étape descriptive des pratiques managériales était indispensable pour nous permettre de proposer un modèle qui soit adapté aux réalités vécues au sein des hôpitaux universitaires.

La synthèse de l'analyse des représentations des Dirigeants nous indique un besoin d'outils réalisant la synthèse de l'information provenant des clients (patients, médecins de famille, ...)

La fonction d'orientations prioritaires et la constitution d'alliances par un réseau entre le CHU et des hôpitaux généraux paraissent être des réponses satisfaisantes à l'application d'une stratégie de spécialisation.

La notion de réseau a été validée par les réponses fournies par les hôpitaux généraux qui ont été impliqués dans notre enquête.

Tel que nous l'évoquions aux chapitres II. 1 et III. 11, une approche de type "marketing sociétal" semble une réponse à l'augmentation du nombre de sous-secteurs (en termes de domaines de spécialisations et de sous-marchés). De nouvelles habitudes

de consommation par rapport à l'offre de service s'observent en fonction de l'évolution du contexte économique actuel.

Nous référant aux méthodes d'analyse des facteurs de succès d'un service, telles qu'utilisées dans le secteur marchand, nous les testerons dans le secteur hospitalier pour trouver des voies pratiques d'analyse de l'information des clients.

Ces systèmes d'aide à la décision pourront ensuite être mis au service de l'hôpital pour la mise en oeuvre de stratégies adaptées aux évolutions actuelles.

Ces outils nous semblaient intéressants à tester, dans la mesure où pour passer de la phase 2 à la phase 3 des stades d'évolutions décrits par Th. MARX, l'analyse des environnements concurrentiels semble un passage obligé. Par ailleurs, le secteur semble se positionner entre les stades 2 et 3 de cette même typologie et aurait besoin de méthodes pour réaliser ce "saut conceptuel".

Comme l'affirme A. MARTINET, restaurer ses potentiels produits et marchés est sans doute plus important que de, sans cesse, attribuer les mauvais résultats de l'hôpital à un manque d'efficacité de la gestion courante.

L'étude de l'évolution des comportements d'achat des patients que nous commentons nous indique quelques limites aux analyses des attitudes des patients.

L'étude déjà publiée, relative à l'analyse des attributs de service en matière d'hospitalisation, constitue une source d'information complémentaire utile. De cette façon, nous avons pu vérifier l'importance des attributs secondaires pour les activités d'hospitalisation, des soins d'urgence et des services ambulatoires.

L'hypothèse de mise en place du "marketing sociétal", tenant compte des segmentations à opérer en fonction des observations de l'INSEE peut être retenue en toute logique.

Eléments méthodologiques généraux

La méthode utilisée, pour transformer les données qualitatives recueillies par nos enquêtes en données quantitatives, sera celle des mesures et échelles psychométriques. Elles sont utilisées pour analyser les représentations qu'ont les Dirigeants des hôpitaux du management stratégique.

Mesures et échelles psychométriques

Les mesures et échelles psychométriques permettent de repérer, de façon souvent indirecte, ce que les individus pensent. Dans la plupart des cas, elles prennent la forme de questions écrites, assorties de choix dichotomiques (oui/non), ou bien d'une série d'énoncés (items) sur lesquels on demande au répondant de se prononcer en terme de degré d'accord/désaccord sur une échelle de LIKERT.

Les échelles et tests psychométriques offrent l'intérêt de fournir des mesures précises de caractéristiques humaines avec un degré de précision qui se rapproche de celui qu'on retrouve dans les sciences exactes (53).

Les échelles de LIKERT peuvent être considérées comme des variables d'intervalle, sous réserve que l'on postule que la distance entre les différents postes de l'échelle est égale.

Il existe cependant une incertitude sur le fait que les échelles, variables d'intervalle, puissent être traitées comme des variables numériques.

Il convient d'être prudent à trois niveaux :

- L'hypothèse d'une distribution normale de données, nécessaire à beaucoup de calculs statistiques, doit être vérifiée.

- Il ne faut pas trop "mélanger" les types de variables, car il est difficile d'établir des liens statistiques de façon fiable entre elles (ex. : données nominales mêlées aux données binaires et aux variables d'intervalle).

- L'utilisation de variables dichotomiques (oui/non, achète/n'achète pas, ...) suppose la prise en compte de la position de la variable suivant qu'elle est endogène (à expliquer), ou exogène (explicative). Les variables explicatives dichotomiques, établissant la présence ou l'absence d'un évenement, posent peu de problèmes. Elles sont généralement considérées comme des "variables muettes". Par contre si la variable à expliquer est dichotomique, il faut recourir à des modèles "LOGITS", par exemple.

La plupart des variables utilisées sont des variables discrètes. Elles ne sont observées qu'à certains moments du temps, et non de façon constante. Les variables continues sont très rares dans la recherche en gestion : seule la finance, la comptabilité et le marketing commencent à se rapprocher des variables numériques continues.

Avec les variables numériques et les variables d'intervalle, on peut utiliser les statistiques "paramétriques", telles que des mesures de la moyenne, de la variance et de l'écart-type. Cependant, l'interprétation de la moyenne n'a de sens que si elle est accompagnée de l'indicateur de dispersion de la série. Sur une échelle de 1 à 5, une moyenne de 3 avec un écart-type de 0,2 signifie une opinion partagée. La même moyenne avec un écart-type de 1,5 indique une opinion très divisée (réf. 53, p 180)

Lorsque les variables mesurées à l'aide d'échelles d'intervalle sont sujettes à des interprétations et des biais importants de la part des individus interrogés, il est indispensable d'opérer un centrage et une réduction avant d'effectuer l'analyse des représentations. Cette transformation nous permet de traiter des données distribuées selon un loi normale de moyenne = 0 et d'écart-type = 1. Les biais évoqués ci-avant sont éliminés. Cependant, les statistiques paramétriques nous imposent d'utiliser les données brutes.

Test qualitatif utilisé pour la validation des questionnaires mis en oeuvre

Le principal problème pour tester la fidelité d'un instrument de recherche consiste à évaluer la manière selon laquelle différents items destinés à mesurer la même chose sont corrélés entre eux, et sont peu corrélés avec les items destinés à mesurer des dimensions ou concepts différents.

La fidelité des échelles de LIKERT a été mesurée par l'indice "alpha de CRONBACH", qui indique le degré de cohérence des énoncés qui contribuent à mesurer la même dimension d'une échelle.

Il y a toujours un certain degré d'erreur dans une mesure. Dès lors, toute mesure comporte une composante "vraie" et une composante "d'erreur", telle que :

$$X = V + E$$

où : X est le score obtenu;

V est le vrai score;

E est l'erreur

De même, la variance totale = variance vraie + variance d'erreur.

La *variance vraie* est définie comme *"la partie de la variance qui est fiable"*. On la mesure grâce au coefficient de corrélation entre les items du même instrument de mesure. Plus le coefficient de corrélation est élevé, plus la fiabilité de l'instrument est élevée, ce qui veut dire que la variance d'erreur est réduite.

Le coefficient de corrélation utilisé dans la mesure de fiabilité est donc un rapport de deux variances : la variance vraie (stable) sur la variance totale.

La *cohérence interne se rapporte à l'homogénéité des items constituant une échelle.*

Une échelle est cohérente de façon interne dans la mesure où ses items sont fortement corrélés. Une corrélation inter-items élevée indique que les différents items mesurent tous la même chose.

Les facteurs qui influencent la fiabilité sont :

- le nombre d'items qui constituent l'instrument,
- le degré de similarité des items constituant l'instrument,
- la variance de la population.

Si on multiplie le nombre d'items d'un instrument de mesure par un facteur *"k"*, la vraie variance s'accroît de *"k²"*, tandis que la variance aléatoire s'accroît d'un facteur *k*.

$$\alpha = k/k\text{-}1 \ (1 - \Sigma\sigma_i^2 \ / \ \sigma_t^2)$$

Cette équation range les valeurs possibles de α entre **0.0 et 1.0** (1.0 étant la fiabilité parfaite).

Pour des recherches exploratoires, le niveau des coefficients de fidelité peut se situer au niveau de 0,6 (NUNNALLY, 1967), mais lorsque les échelles et tests doivent servir pour des analyses explicatives et être considérés comme tout à fait fidèles, ce coefficient doit atteindre au moins 0,8 (CHURCHILL) (réf. 53).

Méthode d'analyse multicritères utilisée en complément des analyses factorielles

Considérant conjointement les fréquences d'insatisfaction par items et les coefficients de corrélation bivariés (entre un item et la question globale), on peut classer les caractéristiques en critères de choix, raisons essentielles d'insatisfaction et aspects sans importance.

J-P. ESCAFFRE établit une décomposition similaire du panier d'attributs des services hospitaliers. Il associe les "critères de choix" au "service de base" et les considère comme étant moins discriminants que la manière donc ces services sont produits. Les services secondaires sont représentés ci-dessous par les facteurs essentiels d'insatisfaction. J-P. ESCAFFRE les distingue en "services secondaires nécessaires" et en "services secondaires ajoutés".

Sur le plan opérationnel, les modèles mutli-attributs permettent d'identifier quels attributs contribuent à l'attitude globale positive ou négative d'une "patient/consommateur" à l'égard d'un service donnée et, donc, d'agir pour renforcer son avantage concurrentiel ou corriger ses faiblesses.

Tous les modèles multi-attributs ont une caractéristique commune : ils considèrent l'attitude à l'égard d'une marque (ou d'un hôpital) comme une fonction des croyances à l'égard des attributs de la marque (57) :

$A_i = f(B_{i\ 1}, B_{\ i2} ...., B_i\ k)$

avec : i = marque

k = attributs

B_ik = croyances

A_i = attitude globale

Les différences entre les modèles se situent au niveau de la relation fonctionnelle "f" qui permet le passage des croyances (composante cognitive) à l'attitude (composante affective).

Deux choix de spécification de cette relation fonctionnelle distinguent les différents modèles multi-attributs :

- le caractère compensatoire ou non de la relation : une mauvaise évaluation d'une marque sur un attribut peut-elle être compensée par de bonnes évaluations sur d'autres attributs ou, au contraire, une mauvaise évaluation sur un attribut suffit-elle pour disqualifier la marque ?
- tous les attributs ont-ils le même poids dans le processus de formation de l'attitude ou, au contraire, doivent-ils être pondérés ?

Deux classes de modèles sont issues de ces choix : les modèles compensatoires et non compensatoires.

En première approximation, le "patient/médecin-consommateur" utiliserait une règle de décision la plus simple possible, lorsque l'importance du processus d'acquisition des

services est faible. La règle compensatoire conduit à la recherche d'une optimisation par une meilleure performance sur l'ensemble des attributs pondérés par leur importance relative. La règle non compensatoire correspond, quant à elle, à la recherche d'une satisfaction par la performance minimale sur tous les attributs.

Dans le cas qui nous préoccupe, le but professionnel de l'application de la méthode consistait à comprendre la formation des attitudes des patients sur l'évaluation globale. De même, l'intérêt pratique immédiat consistait à dégager les attributs contribuant à l'attitude globale positive ou négative. Cela nous permettrait alors d'enclencher des actions correctrices pour réduire les faiblesses mises en évidence et renforcer l'avantage concurrentiel.

L'exemple présenté vient compléter les résultats de recherche déjà disponibles dans le secteur de la santé. Il permet, par une étude clinique spécifique, de confirmer l'importance des attributs secondaires de l'hôpital analysé. Le recoupage effectué par cette source d'information supplémentaire confirme l'hypothèse mise en évidence par J-P. ESCAFFRE pour les services d'hospitalisation, tout en présentant un outil opérationnel de traitement d'informations critiques applicable pour faire remonter l'information provenant des "clients" de l'hôpital (patients, médecins de famille, familles, population cible, ...)

D'un point de vue pratique, les modèles multi-attributs compensatoires nous semblent plus appropriés au cas des services de santé. Ils permettent également de tenir compte des différences d'importance des attributs dans le processus d'évaluation du service ou de l'hôpital.

Trois versions de modèles multi-attributs compensatoires sont rencontrés :

- Modèle de Milton ROSENBERG adapté par Martin FISHBEIN mesurant l'attitude globale à l'égard d'un objet
- Modèle étendu de Martin FISHBEIN mesurant l'attitude globale à l'égard de l'achat d'un objet et introduisant la norme sociale de référence, soit l'influence du milieu social sur la formation des attitudes envers les différents attributs
- Modèle de point idéal de Donald LEHMANN évaluant l'attitude en fonction de la proximité entre les perceptions du produit sur ses différents attributs et les attentes en terme de performance sur chacun des attributs.

Différents modèles non compensatoires permettent de traiter des situations où le patient rechercherait la performance la plus élevée sur un attribut important ou fixerait des seuils minimes pour les différents attributs. Ces modèles nécessitent de connaître les seuils minimums associés par chaque patient pour chaque attribut ou les attributs importants. Comme nous savons qu'en première approximation, le patient utilisera une règle de décision la plus simple possible lorsque son pouvoir de négociation est faible, nous opterons pour les modèles compensatoires.

Le modèle que nous avons adopté est celui de Milton ROSENBERG dont la formulation est la suivante :

$$A_o = \sum_{i=1}^{n} b_i \, c_i$$

Avec A_o = attitude à l'égard de l'objet (service, hôpital)

b_i = force de la croyance que l'objet "o" possède l'attribut i (nous avons adapté l'indice de corrélation bivarié entre l'appréciation

globale et l'appréciation de l'attribut i)

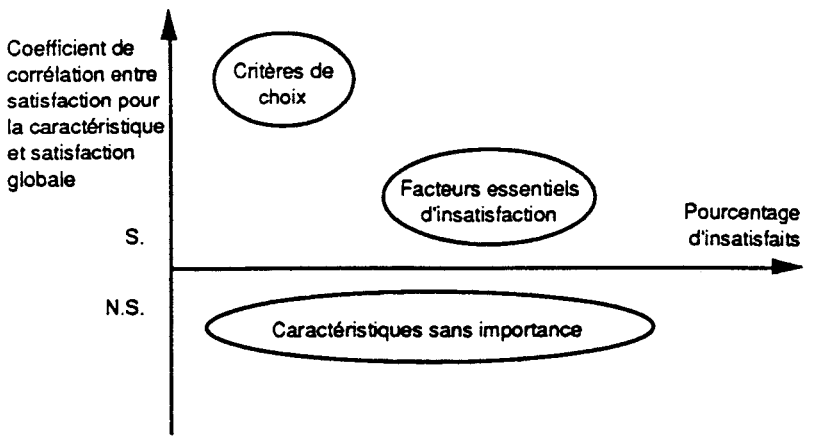
e_i = évaluation de l'objet "o" sur l'attribut "i" (nous avons adapté le pourcentage d'insatisfaction rélatif à l'attribut "i")

n = nombre d'attributs analysés.

Selon Marc FILSER, de nombreuses applications de ce modèle ont été réalisées et ont permis d'établir sa **capacité explicative**(c'est-à-dire qualitative).

Dans notre cas, comme il s'agissait de confirmer l'importance des attributs secondaires par une analyse clinique complémentaire, cette qualité explicative importait plus que la qualité descriptive d'une analyse factorielle. Son application professionnelle est également plus simple à faire partager que ne le sont les méthodes explicatives telles que les régressions multiples moins familières au public non habitué à l'utilisation des méthodes d'analyse de données multi-dimensionnelles.

Diagramme des corrélations/taux de non-satisfaction :



1°) Les critères de choix sont les caractéristiques qui déterminent l'utilisation ou la non-utilisation du service étudié. Leurs taux d'insatisfaction sont faibles, mais leur impact sur la satisfaction globale est très important. Lorsqu'ils ne sont pas satisfaits, l'évaluation globale devient nettement négative.

2°) Les facteurs essentiels d'insatisfaction sont des caractéristiques qui ne déterminent pas l'utilisation du service, mais le degré de satisfaction qui en est retiré. Ils représentent un taux d'insatisfaction souvent plus élevé que les critères de choix, mais leur impact sur l'évaluation globale est moindre, quoique significatif (calcul basé sur les seuils de signification des corrélations bivariées pour un intervalle de confiance de 95 % bilatéral).

Un jugement négatif sur ces caractéristiques n'empêche pas les utilisateurs de continuer à utiliser ce service, mais il diminue leur satisfaction de manière sensible.

3°) Les caractéristiques sans importance sont celles qui enregistrent un faible taux de corrélation entre le jugement particulier et l'évaluation globale : elles ne sont pas corrélées de manière significative au seuil de signification des 5 % pour l'intervalle de confiance des 95 %. Lorsque le taux d'insatisfaction est élevé, on peut, malgré tout, penser que la caractéristique fait réellement problème (avec une importance minime aux yeux des utilisateurs).

La corrélation avec l'évaluation globale corrige alors le jugement négatif exprimé, en diminuant l'importance.

V.1. Analyse des représentations des Dirigeants relatives au management stratégique

Cette partie se décompose en deux phases :

1) un ciblage des pratiques du management hospitalier et la préparation d'un questionnaire.
2) la mise en oeuvre d'une enquête d'analyse des représentations des professionnels et des gestionnaires, sur base d'un échantillon de grande taille.
3) la synthèse des représentations analysées

V. 1.1. Ciblage des pratiques du management

Afin de mettre en évidence les hypothèses à valider auprès d'un échantillon aléatoire de grande taille, nous avons procédé à une série d'interviews de dirigeants.

Ceux-ci ont été menés par 42 étudiants de l'Ecole Supérieure de Commerce de Lille. Il s'agissait d'étudiants en troisième cycle "contrôle de gestion". Leur intervention dans ce programme de recherche a eu lieu après un séminaire de préparation et une mise en commun du guide d'interviews repris en Annexe 1.

Les 14 centres hospitaliers où ils ont rencontré plusieurs membres de la Direction sont les suivants :

Hôpitaux	Directions rencontrées							
	Pdt CME	Dir méd	D. G.	Se-crét. gén.	Dir. fin.	Dir. aff. méd.	Dir. stratégie	Dir. RH
1. CHU Lille					X		X	
2. CHU Reims					X	X		X
3. Hôpital Erasme		X			X			X
4. CHU Strasbourg					X			X
5. CHU Amiens			X		X	X		X
6. CHU Liège		X			X			
7. Hôpital Mourier (AP - HP) [2]						X		X
8. Hôpital St Antoine (AP - HP)					X	X		X
9. CHR Metz					X	X		X
10. Henri Mondor (AP - HP)					X			X
11. Lariboisière (AP - HP)			X		X			
12. Bicètre (AP - HP)					X			X
13. Pitié-Salpétrière (AP - HP)	X				X		X	
14. Cochin (AP - HP)					X	X	X	

Cette première approche a été menée auprès des instances dirigeantes administratives, puisqu'il s'agissait d'abord d'effectuer un premier positionnement au départ des structures et procédures de contrôle organisationnel (stratégique, de gestion et opérationnel).

[2] AP-HP : abréviation de "Assistance Publique - Hôpitaux de Paris"

L'objectif de ces interviews consiste également à repérer les items pertinents à introduire dans un questionnaire. Quatorze hôpitaux universitaires (2 belges et 12 français) ont été impliqués lors de cette phase.

Items décrivant les évolutions attendues en matière de financement :

Les scores représentent le nombre d'hôpitaux de notre échantillon pour lesquels un consensus s'est dégagé entre les personnes interviewées.

* Commercialisation des résultats des recherches médicales : 6
* Dotation par pathologie : 5
* Adaptation des règles aux besoins sociaux réels : 5
* Sponsoring de projets ponctuels : 5
* Augmentation de la quote-part des patients pour les segments de marché favorisés recevant des services différenciés : 4

Les hôpitaux souhaitent valoriser le résultat des prestations spécialisées plutôt que de segmenter leurs produits et marchés.

Par contre, la recherche d'un certain niveau de segmentation du marché permettant un apport de nouvelles sources de financement serait également recherché.

Quant aux recommandations formulées pour garder la cohérence des actions stratégiques en regard des missions d'un hôpital universitaire, les choix sont les suivants :

Options stratégiques pour maintenir le cap vis-à-vis des activités de soins, de recherche et d'enseignement :

* Spécialiser et recentrer les activités : 10
* Eviter les redondances avec d'autres hôpitaux universitaires et maîtriser ses spécialisations : 10

Alors qu'il était prévu d'interroger 42 personnes différentes pour les 14 hôpitaux, 36 personnes ont, effectivement, été interviewées.

Les tendances d'évolution des systèmes de gestion vers une approche de marché font surtout dire aux hôpitaux universitaires que les Institutions doivent préserver leur caractère de service public et qu'une certaine régulation des dépenses passera par le respect de certains critères qualitatifs. Cela ne devrait pas empêcher l'hôpital de commercialiser ses activités annexes.

* Préserver le caractère de service public : 8
* Respecter des critères qualitatifs et des critères de coûts par un système de régulation développé par les tutelles : 7
* Commercialiser les activités annexes : 5

L'approche "Produit" occupe une grande place dans les systèmes de gestion. Cette sensibilité des gestionnaires est entièrement confirmée par les méthodes de management stratégique mises en oeuvre.

Certaines pratiques dominent et les avis sont très partagés, lorsqu'il s'agit de mettre réellement en oeuvre une approche "marché".

Si une certaine concomitance s'observe avec la typologie élaborée par Th. MARX, nous devrions conclure à l'émergence du management stratégique dans les hôpitaux universitaires. L'étape critique de franchissement du passage entre la phase 2 et 3 est à peine initiée. (cfr. § I.2.1.)

Positionnement par rapport aux phases de développement du management stratégique selon le modèle de Th. MARX

	Oui	Non	Sans réponse
Phase 1			
* Décisions stratégiques prise suite à l'observation de ce que font les autres	9 (64,3%)	-	5 (35,7 %)
* Fixation des budgets annuels	9 (64,3%)	-	5 (35,7 %)
* Priorisation des investissements pour certains services	11(78,6 %)	-	3 (21,4 %)
Phase 2			
* Analyses pluriannuelles d'évaluation des évolutions des activités, des potentiels par segment de marchés et analyse des écarts budgétaires	9 (64,3 %)	4 (28,6 %)	1 (7,1 %)
Phase 3			
* Analyse des tendances et évolutions probables par segment de marché et décision en fonction des priorités du projet stratégique pour lesquelles on s'est préparé	9 (64,3 %)	3 (21,4 %)	2 (14,3 %)
* Elaboration de budget pluriannuels et plan d'investissement à moyen terme	13(92,8 %)	-	1 (7,1 %)
* Analyse du marketing stratégique selon "Porter" et des facteurs critiques de succès	10(71,4 %)	-	4 (28,6 %)
* Distribution dynamique des ressources durant un même exercice budgétaire	8 (57,1 %)	6 (42,8 %)	-
Phase 4			
* Orientations stratégiques bien établies	8 (57,1 %)	4 (28,6 %)	2 (14,3 %)
* Cohérence entre les choix stratégiques et l'organisation mise en place	8 (57,1 %)	4 (28,6 %)	2 (14,3 %)
* Partage de la vision stratégique par les responsables de départements	9 (64,3 %)	3 (21,4 %)	2 (14,3 %)
* Procédures cohérentes de revue de projets stratégiques et de fixation d'objectifs	6 (42,8 %)	5 (35,7 %)	2 (14,3 %)
* Comportements orientés vers les besoins et attentes des clients	8 (57,1 %)	4 (28,6 %)	2 (14,3 %)

Dès la deuxième phase, les pratiques sont moins homogènes. Cette tendance se renforce nettement pour la 4ème phase.

Les exemples concrets de réalisation et de prise en compte des forces concurrentielles sont peu nombreux, alors que les personnes interrogées affirment : malgré le fait qu'il soit impératif de préserver le caractère de service public, la tendance d'évolution des systèmes de gestion vers une approche de marché est réelle (voir ci-avant). Les caractéristiques des différentes phases de développement du management stratégique sont donc également présentes pour les hôpitaux universitaires. Une analyse des co-occurrences nous indique que pour prioriser concrètement les investissements pour certains services, la recherche de la qualité relative devrait figurer parmi les préoccupations des dirigeants. Les réponses données aux questions de la phase 4 démontrent que cet état d'esprit n'est pas encore inscrit dans la réalité.

L'analyse des co-occurrences permet, au-delà des tris à plat, de mettre en évidence certaines relations entre les variables mesurées.

	Garder le caractère de service public	La concurrence livrée par les hôpitaux du secteur privé	La recherche d'une meilleure qualité relative
Maîtrise des pôles de spécialisation	6 (42,8 %)	-	-
La priorisation des investissements réalisés pour certaines spécialités		7 (50 %)	10 (71,4 %)

Exemples d'actions mises en oeuvre dans le cadre des plans stratégiques

* Regroupement et rationalisation d'activités : 4 (33%)

* Extension des soins intensifs et renforcement des services d'urgence : 3 (25 %)

* Mise en place d'une démarche qualité (qualité des soins essentiellement) : 3 (25 %)

Ces actions tentent de procurer à l'hôpital des atouts supplémentaires dans le cadre d'une approche" produit" n'intégrant pas nécessairement l'approche "marché".

Le test de PERLMUTTER (102) permet de confirmer le diagnostic relatif au degré de maturité des hôpitaux universitaires en matière de management. (annexe 2) Il mesure effectivement le degré de pénétration des orientations générales par des interviews "projectifs".

Ils répondent aux sous-questions de la question 6 de l'introduction du guide d'interviews (annexe 1).

1°) Les cinq menaces perçues par les hôpitaux universitaires

* mise en concurrence par les hôpitaux de secteur privé : 11 (78,6 %)

* politique de rationalisation des dotations par les tutelles : 10 (71,4 %)

* augmentation des coûts des traitements de pointe et des nouvelles molécules : 5 (35,7 %)

* pléthore de l'offre spécialisée par zone géographique des hôpitaux universitaires : 3 (21,4 %)

* difficulté de recruter des médecins et risque de disparition de certaines spécialités du fait du "numérus clausus" en France : 3 (21,4 %)

2°) Les cinq opportunités apparaissant dans l'environnement des hôpitaux universitaires

* restructuration de la carte sanitaire du pays et de la région (restauration d'un pouvoir de monopole par hôpital) : 5 (35,7 %)
* recentrage sur les spécialités et priorités spécifiées dans le projet médical : 4 (28,5 %)
* développement de réseaux d'hôpitaux régionaux associés à l'hôpital universitaire : 4 (28,5 %)
* développement des secteurs d'urgence : 3 (21,4 %)
* exploitation des synergies entre les disciplines (actions multi-disciplinaires 2 (14,3 %)

3°) Les cinq principales faiblesses des hôpitaux universitaires

Les principales faiblesses se réfèrent à la structure de prise de décision des options stratégiques et au fait que le développement de projets entrepreneriaux et transversaux ne sont pas favorisés. Le cadre structurel ne semble pas favorable au développement des spécialités à promouvoir par rapport au projet médical.

Les cinq faiblesses identifiées

* système de prise des décisions stratégiques mal adapté (fermé sur l'environnement et lourd) 12 (85,7 %)
* faible encouragement du travail multidisciplinaire et transversal et manque d'esprit entrepreneurial 9 (64,2 %)
* vétusté des infrastructures 4 (28,5 %)
* décisions guidées par les choix faits par l'université

(imposition de certaines contraintes à l'hôpital) 4 (28,5 %)

* options stratégiques imprécises sur le plan médical
(mauvais centrage des activités) 3 (21,4 %)

4°) Les atouts principaux des hôpitaux universitaires se répartissent de la façon suivante :

* présence de professionnels spécialisés dans des domaines de pointe 13 (92,8 %)
* disponibilité de capacités en matière de recherche du fait des liens existants avec l'université 6 (42,8 %)
* notoriété 5 (35,7 %)
* capacité financière 4 (28,5 %)

5°) Les cinq facteurs critiques de succès les plus importants perçus par les interviewés sont :

* une meilleure qualité relative des soins 14 (100 %)
* des processus optimaux du point de vue des coûts 12 (85,7 %)
* une bonne fiabilité des dates de rendez-vous fixés avec les patients 10 (71,4 %)
* un niveau de qualité de service acceptable pour le patient, compte tenu de la dépense que cela implique pour lui 8 (57,1 %)
* adaptation du style de management à la politique de l'hôpital 7 (50 %)

6°) Les personnes interrogées estiment que les orientations prioritaires que doivent prendre les hôpitaux universitaires sont :

* recentrer les activités médicales en fonction des priorités d'un plan à moyen terme	11 (78,6 %)
* former l'encadrement pour maîtriser les coûts des activités	10 (71,4 %)
* améliorer la cohésion des équipes de management autour du projet de l'hôpital	9 (64,2 %)
* développer l'approche "client"	8 (57,1 %)
* développer le système d'information pour mieux maîtriser les coûts par pathologie	5 (35,7 %)

En matière de formation, les domaines prioritaires concernent les fonctions médicales et de soins. Elles visent essentiellement un approfondissement et une spécialisation par rapport aux techniques du métier (+/- 30 % des hôpitaux).
Les formations à la gestion pour les médecins cadres, le paramédical et les fonctions administratives suivent avec +/- 20 % de taux de réponse.

Les prestations transplantatoires les plus fréquemment rencontrées parmi les 12 hôpitaux sont :

- reins	8 (57,1 %)
- foie	6 (42,8 %)
- moëlle	6 (42,8 %)
- coeur	5 (35,7 %)

Les équipements de technologie avancée les plus fréquents sont :

- CT scanner 12(85,7 %)
- imagerie en résonance magnétique 8 (57,1 %)
- les équipements en arthroscopie 8 (57,1 %)

Au-delà de cet équipement, tous les hôpitaux de notre échantillon sont en mesure d'apporter des services de base approximativement équivalents. Dans leurs cas, comme leurs zones géographiques d'attraction sont proches, ceci donne d'autant plus d'importance aux attributs secondaires du service assuré au patient.

Les éléments saillants des missions imparties au contrôle interne :

	Oui	Non	Sans avis
- Prévisions des résultats pluriannuels	6 (42,8 %)	2 (14,3 %)	6 (42,8 %)
- Vérification des informations financières des rapports officiels	8 (57,1 %)	1 (7,1 %)	5 (35,7 %)
- Vérification des résultats trimestriels de la comptabilité	8 (57,1 %)	2 (14,3 %)	4 (28,5 %)
- Vérification des données budgétaires	8 (57,1 %)	-	6 (42,8 %)
- Contrôle des coûts annuels	11 (78,6%)	-	3 (21,4 %)
- Vérification des procédures administratives mises en place par la Direction générale	8 (57,1 %)	2 (14,3 %)	4 (28,5 %)
- Evaluation des performances quantitatives par département	8 (57,1 %)	2 (14,3 %)	4 (28,5 %)
- Evaluation de la qualité des services et des soins	2 (14,3 %)	8 (57,1 %)	4 (28,5 %)
- Repérage des dysfonctionnements	8 (57,1 %)	1 (7,1 %)	5 (35,7 %)

Au-delà des contraintes légales, l'élaboration du budget annuel sert également pour :

1. la préparation de budgets détaillés par département 8 (57,1 %)

2. l'élaboration de bilans et de comptes de résultats prévisionnels 8 (57,1 %)

Les principaux indicateurs systématiques de contrôle de gestion concernent :

- le suivi de l'évolution des consommations de soins par pathologie (57,1 %)

- le taux d'occupation des lits par service (42,8 %).

V. 1.2. L'analyse des représentations des professionnels et des gestionnaires

Alors que la phase d'interviews effectuée lors du premier ciblage concernait essentiellement 14 hôpitaux universitaires (excepté pour le CHR de Metz), cette phase peut être abordée à plus large échelle, tant chez les gestionnaires que les professionnels. Les questions sont plus centrées sur les items à valider. Cette étape permet également de constituer un échantillon aléatoire de réponses au départ d'une population plus vaste.

En France, d'après les données recensées par le Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'information (SESI), qui édite les statistiques des établissements hospitaliers, les centres hospitaliers régionaux ne sont constitués que de 29 entités juridiques en France (2 d'entre eux ne sont pas des CHU).

Cet échantillon a été partiellement utilisé pour la première phase de l'investigation. L'échantillon a donc été élargi à l'ensemble des hôpitaux généraux susceptibles de s'être engagés dans une démarche à long terme pour un champ d'activités étendu comme l'est celui des hôpitaux universitaires. Le critère de sélection des hôpitaux importants par leur taille et menant conjointement des activités chirurgicales et des activités de médecine interne a été choisi. Le questionnaire est joint en annexe 3.

En France, nous savons que les règles de financement diffèrent entre les établissements dits de "service public" et les cliniques (secteur privé). De même, les règles diffèrent entre la France et la Belgique.

Les seules analyses qui nous intéressent sont les représentations générales, les représentations des gestionnaires et celles des professionnels.

La base de constitution de l'échantillon est :

en FRANCE : secteur public et cliniques :

1. Hôpitaux publics repris au fichier H 80 du SESI de 1992 (les CHR, les CHG et les HL).

   Le critère de sélection de ce fichier est le montant de la dotation globale. Il s'agit des hôpitaux publics représentant +/- 80 % des dotations de ce secteur, desquels nous avons extrait les CHU ayant été interviewés lors du premier ciblage (chap. V. 1.1.). Nous avons extrait de cette base les hôpitaux généraux menant simultanément une activité de médecine interne et de chirurgie.

2. Cliniques de plus de 160 lits, tous statuts confondus, répondant aux mêmes critères qu'au 1° 1) en terme d'activités.

en BELGIQUE : - Hôpitaux privés et publics de plus de 100 lits.

Cet échantillon représente les hôpitaux assurant partiellement le "recrutement" des hôpitaux universitaires : hôpitaux généraux, hôpitaux locaux ou régionaux. De plus, cela nous a permis de constituer un échantillon aléatoire d'une taille suffisante et de percevoir la représentation de la mission de l'hôpital universitaire par les structures intervenant, soit en amont, soit en aval, dans le processus de prise en charge des patients. Les notions de réseau ont également été abordées.

Composition de l'échantillon

	Nombre d'hôpitaux contactés		Nombre de questionnaires diffusés	
	En France	En Belgique francophone	En France	En Belgique francophone
	230	62		
Echantillon	130 hôpitaux du classement ST 5-10 et 100 cliniques du classement ST 5-8 (plus de 160 lits)	62 hôpitaux de plus de 100 lits	230 x 4 = 920	62 x 5 = 310
Spécialités et fonctions ciblées	Hôpitaux comprenant la chirurgie et la médecine interne	Comme en France	- Dir. Gén. - Présid. CME - Méd. chef chirurgie - Méd. chef méd. int.	- Dir. Gén. - Dir. méd - Présid. Cons. médical - Méd. chef chirurgie - Méd. chef méd. int.
Statuts	- Code 1000 du classement ST 5-10, soit : CHR/CHU, CHG et HL - Code 2000 du classement ST 5-8 des cliniques et polycliniques	- Tous les statuts - Classement par nombre de lits		

Sur 1230 questionnaires envoyés, 197 questionnaires ont été recueillis. Cela représente un taux de réponse de 16 %.

L'échantillon des hôpitaux publics français est composé des établissements du document "H 80" du SESI, répondant aux critères de spécialité repris ci-avant.

Pour la Belgique, la taille des échantillons a été fixée à 100 lits au minimum, pour permettre d'obtenir une taille d'échantillon suffisante.

Sur base des données signalétiques transmises par les instituts de statistiques des Ministères français et belges, la population cible a les caractéristiques suivantes :

	Nombre d'hôpitaux ciblés - n_o	Nombre moyen de lits - m_o	écart-type (en lits) - σ_o
France : total	230	450	264
- Cliniques	100	242	107
- CHU/CHR, CHG,HL	130	608	230
Belgique	62	272	163
France + Belgique	292	412	254

Une phase test d'interviews d'une trentaine d'hôpitaux publics français nous avait appris que, lorsque nous interrogions un même nombre de Directeurs généraux que de Présidents de Commission médicale d'établissement, 3 Directeurs généraux répondaient pour un Président de CME.

Nous avons donc choisi d'interroger plus de décideurs médicaux que de Directeurs généraux, dans l'espoir d'obtenir plus ou moins la parité dans le nombre de réponses provenant de la part des gestionnaires que de celles provenant des professionnels. En effet, comme nous savons que ces deux logiques coexistent dans l'hôpital, il nous semble normal de recueillir les deux types d'opinions.

Origines de l'échantillon des questionnaires récoltés

Sur les 292 hôpitaux impliqués dans l'enquête, 38 % des hôpitaux ont effectivement participé et nous ont renvoyé au moins une réponse parmi les fonctions ciblées.

Statut des médecins

Parmi les hôpitaux pour lesquels nous avons reçu les questionnaires de retour, la décomposition est la suivante :

	Salariés	Indépendants	Total
France	55	8	63
Belgique	7	41	48
Total	62	49	111

Le fait d'être en présence d'un échantillon d'hôpitaux français composés essentiellement de service publics où les médecins sont des salariés, alors qu'en Belgique il s'agit principalement d'indépendants, peut influencer la structure des réponses des professionnels. Cependant, nous n'avons pu vérifier cette hypothèse, compte tenu du manque de représentativité des sous-échantillons français et belge pris séparément.

Répartition des hôpitaux par statut

	Hôpitaux publics	Hôpitaux privés (Cliniques)	Total (en % par pays sur base de notre cible)
France	50	13	63 (27 %)
Belgique	25	23	48 (77 %)
Total	75	36	111

Répartition des répondants entre les gestionnaires et les professionnels

	Gestionnaires	Professionnels	Total
France	31	81	112
Belgique	21	64	85
Total	52	145	197

Représentativité des échantillons analysés

Comme nous avons effectué un tirage aléatoire à l'intérieur d'un sous-groupe homogène d'hôpitaux (critère de la taille et d'une activité médico-chirurgicale), nous avons effectué une stratification d'hôpitaux proches des caractéristiques générales de l'hôpital universitaire (sans prendre en considération le degré de spécialisation).

La méthode statistique utilisée pour valider l'échantillon des hôpitaux ayant répondu à notre questionnaire, par rapport à la population initale ciblée, se basera sur

l'application implicite du théorème de la limite centrale.

Les documents signalétiques que nous nous sommes procurés auprès des Ministères français et belges nous indiquent la taille de chaque hôpital en nombre de lits reconnus. L'unité statistique sera l'hôpital et la variable sera le nombre de lits reconnus.

La diffusion des questionnaires a été systématique et l'échantillon des individus ayant répondu peut être considéré, a priori, comme étant aléatoire.

La taille moyenne des hôpitaux ayant répondu à l'enquête (soit notre échantillon) se situera autour de la moyenne de la population initiale ciblée (soit notre population mère).

Il est utile de valider cette représentativité avant d'extraire des conclusions sur la structure des opinions représentatives de notre population mère.

Pour déterminer si les distributions observées pour nos différents agrégats d'hôpitaux sont compatibles avec la distribution de notre population mère, nous procéderons de la manière suivante (cfr. réf. 45, p. 205 à 210) :

- m_o, σ_o, et n_o sont respectivement la moyenne, l'écart-type et la taille de notre population mère.
- H_o = la population des hôpitaux analysés suit une loi de moyenne m_o et d'écart-type σ_o (H_o est ici arbitrairement affecté à la situation initiale pour laquelle l'information possédée est la plus sûre : soit appartenance de l'échantillon à la même distribution que celle de la population mère).

- α = risque de première espèce de rejeter à tort l'hypothèse H_0 fixée au seuil de 5 %. Dans notre cas, il nous permet de déterminer une valeur critique π de la taille moyenne à ne pas dépasser.
- σ'_0 = écart-type calculé à cette valeur critique.
- H_1 = la population des hôpitaux analysés suit une loi de moyenne m' et d'écart-type σ_0'. Dans ce cas, la probabilité de se tromper sera le risque de seconde espèce (β) correspondant à une valeur $m' > \pi$ (seuil critique calculé sous l'hypothèse H_0 pour l'erreur de première espèce α).
- β = alors que la valeur critique π de la taille moyenne n'est pas dépassée, le risque de seconde espèce nous permet de valider l'hypothèse d'appartenance à une autre hypothèse : H_1. Si β est supérieur au seuil de rejet de 5 %, nous devons admettre qu'il y a trop de risque et que l'échantillon appartient à une autre distribution qui n'est pas nécessairement compatible avec la population mère.

Notre choix se résume donc entre l'hypothèse H_0 ou H_1 au seuil de probabilité des 5 % (soit pour α ou pour β). Ces deux problèmes de distribution d'échantillonnage comportent deux paramètres communs : n_0 et π.

Exemples :

1) Le calcul de la représentativité de l'échantillon des hôpitaux publics et privés français, ainsi que des hôpitaux belges, pour lesquels nous avons reçu les questionnaires en retour, se rapportera à la population complète des hôpitaux ciblés.

$m_o = 412$ $m' = 449$ $\alpha = 0,05$ (soit : 2,5 % bilatéral ou

$\sigma_o, = 254$ $\sigma' = 271$ l'intervalle de confiance de 95 %)

$n_o = 292$ $n' = 111$

a) $m' < \pi = t_{\alpha/2} (\sigma_o / \sqrt{n_o}) + m_o$?

Si oui, l'hypothèse H_o est validée au risque de première espèce de 5 %

b) $\beta = \text{Prob.} [t_\beta = (\pi - m') / (\sigma' / \sqrt{n_o})] < 0,05$?

Si oui, l'hypothèse H_1 est validée au risque de seconde espèce de 5 % et l'échantillon serait compatible avec une distribution (m', σ')

a) $m' < 1,96 (254 / \sqrt{292}) + 412 = 441$?

$m' = 449 > 441$, donc H_o est rejetée au seuil de 5 %

b) $\beta = \text{Prob.} [t_\beta = (441 - 449) / (271 / \sqrt{292})]$?

$= \text{Prob.} [t_\beta = - 0,5] = 0,3085 > 0,05$, donc H_1 est rejetée au seuil de 5 %

Nous devons en déduire que notre échantillon n'est compatible ni avec l'hypothèse H_o , ni avec l'hypothèse H_1. Nous éliminerons donc les cliniques des questionnaires français et utiliserons une population mère modifiée.

2) Le calcul de la représentativité des hôpitaux publics français et des hôpitaux belges, pour lesquels nous avons reçu les questionnaires en retour, s'établit comme suit :

$m_{1o} = 500$ $\quad$ $m' = 473$

$\sigma_{1o}, = 264$ $\quad$ $\sigma' = 273$

$n_{1o} = 192$ $\quad$ $n' = 98$

a) $m' = 473 < 1{,}96\ (264 / \sqrt{192}) + 500$?

$m' = 473 < 537 = \pi$

b) β = Prob. $[\, t_{\beta} = (537 - 473) / (275 / \sqrt{192})]$?

= Prob. $[\, t_{\beta} = 3{,}32] < 0{,}001$

Comme $m' < 537$, nous conserverons l'hypothèse H_o, si non l'hypothèse H_1 serait retenue.

Lorsque nous excluons les hôpitaux privés français, notre échantillon est compatible avec la population mère modifiée. Nos conclusions seront donc représentatives du regroupement effectué entre les hôpitaux publics français et les hôpitaux belges.

L'objectif de départ de notre recherche est maintenu, puisqu'il visait à déterminer les variables du management stratégique qui ne dépendent d'aucun système de financement en particulier.

Ces invariants constitueront les bases d'un modèle sur lequel certaines modalités liées aux mécanismes de financement en vigueur pourront venir se greffer.

Analyse des représentativités pour l'échantillon des hôpitaux publics français et des hôpitaux belges pour lesquels nous avons reçu des réponses :

	m_o	σ_o,	n_o	m'	σ'	n' (> 30)	π > m' ?	β
Hôpitaux pour lesquels les gestionnaires nous ont répondu	500	264	192	494	297	46	537	0,0228
Hôpitaux pour lesquels les professionnels nous ont répondu	500	264	192	485	283	82	537	0,0054
Hôpitaux belges ayant répondu	272	163	62	286	182	48	312	0,13
Hôpitaux publics français ayant répondu	608	230	130	650	231	50	647	0,44

Sur base de ces tests paramétriques à la moyenne, nous constatons que les analyses des représentations des gestionnaires et des professionnels pris séparément seront représentatives pour les hôpitaux belges et les hôpitaux publics français regroupés (soit notre échantillon modifié).

Analyse des représentations des hôpitaux belges et publics français sans distinction d'individus entre les professionnels et les gestionnaires

Le nombre d'axes factoriels retenus dans l'analyse en composante principale dépend de la qualité des représentations sur les plans principaux (54). Celle-ci est caractérisée par le pourcentage d'inertie totale expliquée : $\frac{\lambda_1 + \ldots . \lambda_k}{Ig}$ en %.

Si dans le cas d'un tableau à 20 variables, nous obtenons assez rapidement une réduction de l'inertie totale de l'ordre de 80 % pour 2 ou 3 plans factoriels, l'appréciation du pourcentage d'inertie n'a pas le même intérêt sur le tableau de 60 variables que nous analysons.

De même, la réduction de l'espace des individus, réalisée par l'analyse en composante principale, n'est possible que s'il y a une certaine redondance entre les variables x^{1}, ... x^{60}. Si celles-ci sont indépendantes, la réduction de l'espace sera moins efficace.

Nous pouvons donc espérer que plus les individus interrogés intègrent les différentes dimensions du management stratégique que nous nous proposons d'évaluer, plus la part d'inertie expliquée par les premiers axes factoriels sera importante.
L'analyse de ces plans factoriels peut nous éclairer sur la sensibilité dominante de notre échantillon (une approche "produit", une approche portée sur la "technologie", une approche "marché" ou l'ensemble des trois dimensions). Par déduction, nous pourrons proposer l'approche complémentaire à développer pour parvenir à un style de management plus global et plus performant pour le long-terme. Le nombre de plans factoriels analysés sera établi sur base du critère empirique de Kaiser préconisé par
G. SAPORTA.

"Lorsqu'on travaille sur des données centrées-réduites, on retient les composantes principales correspondant à des valeurs propres supérieures à 1. Ces composantes correspondent à celles dont la variance expliquée est supérieure à celles des variables initiales et présentent donc un effet de réduction des données brutes" (réf. 54, p.179).

Par contre, puisque les individus ont tendance à répondre, tantôt en exprimant leurs perceptions, tantôt leurs attitudes, le centrage des données permet d'homogénéiser notre unité de mesure. Cela nous autorise à effectuer les tests d'hypothèse de normalité et d'indépendance du χ^2 pour un risque α de 5 % et un risque de seconde espèce de 5 % (55). La qualité de la liaison des variables à associer à un domaine du management stratégique sera validée par un test de Friedman.

Après une analyse en composante principale effectuée selon la méthode Varimax sur les variables centrées et réduites, nous pouvons qualifier les trois premiers axes factoriels comme suit :

	Valeurs propres	Qualificatif	% variance totale expliquée
Facteur 1	$\lambda_1 = 9,6$	Différenciation des produits/marchés financés et évalués selon les typologies patients/pathologies objectives	17,4
Facteur 2	$\lambda_2 = 3,7$	La complémentarité entre les hôpitaux universitaires et non-universitaires et la concentration des hôpitaux sur leur métier.	6,7
Facteur 3	$\lambda_3 = 3,3$	Commercialisation par absence de politique de santé publique et segmentation des marchés au prix d'une limitation de l'accessibilité aux soins pour tous.	6

Les nuances établies entre les représentations des "professionnels" et des "gestionnaires" nous apporteront un complément d'informations utiles à l'élaboration

de la composition du "sommet stratégique".

De plus, la question spécifique au management stratégique rencontre une large adhésion, car la moyenne se situe à 4,27 (écart-type de 0,94) sur une échelle de LIKERT (données brutes).

L'analyse des représentations générales nous indique une adhésion claire aux opinions suivantes :

- nécessité de connaître:
  - les efficacités relatives aux innovations technologiques
  - les développements en cours en ce qui concerne les politiques de financement et les exigences légales
  - les besoins des médecins prescripteurs et des patients
  - les résultats des études épidémiologiques
  - les types de collaborations possibles avec les structures en amont et en aval de l'hospitalisation
  - les mesures des carences de l'hôpital
  - les compétences médicales et paramédicales à développer
- accroître l'activité marginale de l'hôpital, tout en préservant l'accessibilité aux soins pour tous
- connaître les nouvelles attentes des médecins de familles face aux développements des alternatives à l'hospitalisation et leur communiquer les dispositions prises par l'hôpital pour améliorer la qualité des soins
- acquérir une autonomie de gestion permettant d'organiser les plans d'investissements et ne pas subir les restrictions successives des tutelles

- limiter les coûts que doivent supporter les patients à des seuils acceptables pour la société, respecter les normes de qualité, tenir compte des ressources humaines disponibles et optimiser ses surplus financiers
- assurer le relais avec le Comité de Direction ou le Conseil d'Administration par un médecin, lorsque des choix doivent être réalisés en matière d'investissements.
- sélectionner les investissements lourds à réaliser en fonction du choix fait quant aux spécialisations à développer.
- améliorer le partage des projets médicaux de l'hôpital entre gestionnaires et professionnels pour mieux recentrer les activités et exploiter les synergies entre les spécialités médicales.
- impliquer le personnel médical et non médical pour l'amélioration continue des processus de prise en charge des patients et en assurer un suivi opérationnel
- connaître les perceptions des patients et médecins de famille pour améliorer les services mis à leur disposition.
- évaluer les résultats obtenus par rapport aux performances relatives à la qualité des soins et des services sur base de critères propres à l'hôpital.
- permettre d'orienter les activités et les structures de l'organisation de façon déterminante et durable dans le temps, suite aux décisions prises par les équipes de Direction composées de médecins et de gestionnaires
- préserver l'accessibilité des soins pour tous sans augmentation des participations financières des patients.

(pour ces items, les moyennes sont supérieures à 4 sur les données brutes)

Par contre, les avis deviennent très partagés pour :

- l'utilisation des financements privés pour orienter les activités de l'hôpital (mécénats, associations de patients,...).
- l'agréation par les tutelles de réseaux d'hôpitaux par domaine d'activités
- l'utilisation du partenariat entre hôpitaux universitaires et non universitaires pour permettre à l'hôpital universitaire de se concentrer sur ses domaines de spécialisation et réadresser certains patients vers des hôpitaux non universitaires.
- l'intérêt du partenariat entre les hôpitaux universitaires et non universitaires pour le transfert des résultats de leurs activités de recherche clinique.

(moyennes proches de 3 et écart type supérieur à 0,2 pour ces items)

Les opinions rejetées par notre échantillon global se résument comme suit :

- commercialisation des résultats des recherches médicales.
- commercialisation de certaines activités annexes (repas, formations,...).
- segmentation et adaptation des quotes-parts des patients par segments.
- sponsoring de projets d'investissements (mécénats, dons d'associations caritatives,...).

(pour ces items, la moyenne est inférieure à 3)

Les items qui caractérisent l'échantillon des personnes ayant répondu au questionnaire sont orientés vers une différenciation de l'hôpital par son approche produits/marchés et rejetent le développement d'activités à caractère commercial par l'hôpital. Cela se retrouvait déjà dans la phase préparatoire effectuée auprès des hôpitaux universitaires. Le maintien d'un pouvoir de monopole semble indiqué pour les

hôpitaux universitaires.

Les réalités perçues par les observateurs privilégiés que représentent les hôpitaux généraux nous donnent une indication de leurs représentations des rôles spécifiques des hôpitaux universitaires.

Les tests de cohérence du questionnaire nous permettent de vérifier la fiabilité de la métrique (effectués sur les données brutes afin de garder un maximum de sensibilité aux variabilités).

	α de Cronbach	nombre d'items significatifs
Question générale relative au management stratégique (Q. 22)	0,87	29
Stratégie de réseau avec CHU (Q.18)	0,7	11
Les quelques principes du modèle européen de management par la Qualité totale (Q. 17.1 à 17.9.d)	0,83	13 items ciblés
Politique produit déterministe (Q. 14 d)	0,79	15
Finalité émergente de l'hôpital (Q. 13. a)	0,82	22
Facteurs d'autonomie de décision et de développement d'une stratégie externe (Q. 8)	0,84	27

Analyse des représentations des gestionnaires et des professionnels sans distinction de pays

Les gestionnaires comme les professionnels confirment la cohérence du questionnaire par rapport aux variables associées au management stratégique (association des variables établies à l'aide du calcul des corrélations entre les données brutes).

	α de Cronbach (données brutes)	nombre d'items significatifs
professionnels	0,87	29
gestionnaires	0,89	29

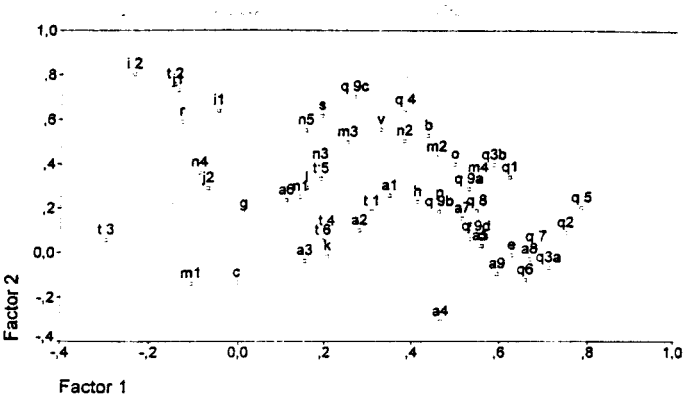
Nous pouvons donc décoder valablement les représentations des deux agrégats.

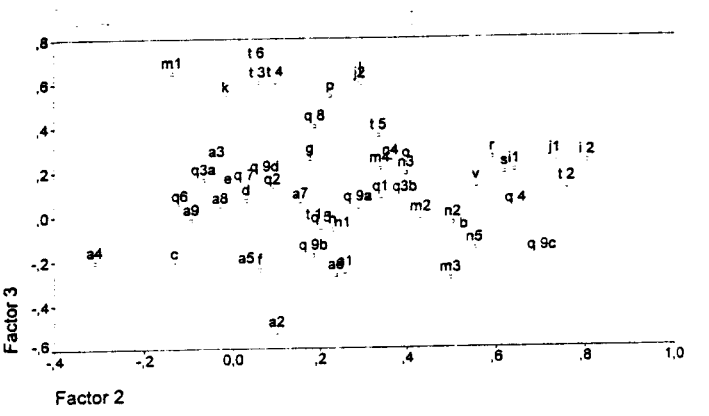
Après une analyse en composantes principales, sur base des données centrées-réduites, avec rotation des axes selon la méthode VARIMAX (maximisation de l'explication des variables), nous pouvons qualifier les trois premiers axes factoriels comme suit :

	Valeurs propres	% variance totale expliquée
Facteur 1 : - professionnels - gestionnaires	 9,2 11,8	 17,0 21,5
Facteur 2 : - professionnels - gestionnaires	 4,1 5,9	 7,5 10,7
Facteur 3 : - professionnels - gestionnaires	 3,4 4,0	 6,2 7,2

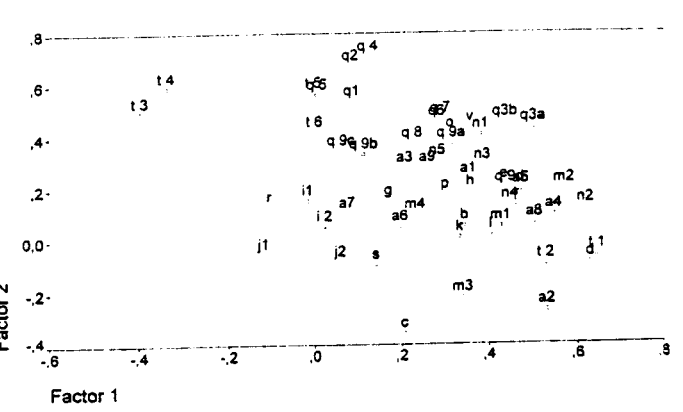
Les diagrammes suivants nous permettent précisément d'interpréter la distribution des items sur les 3 premiers axes factoriels pour les professionnels et les gestionnaires (selon le codage mentionné à l'annexe 3).

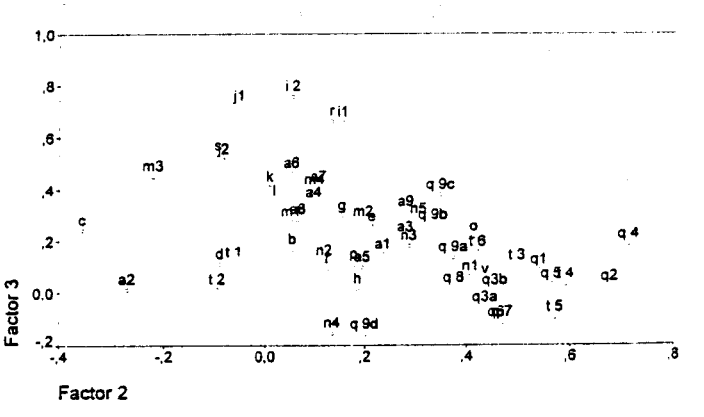
Représentation des gestionnaires





Représentation des professionnels





Sur base de la comparaison des 10 variables expliquant le mieux les trois premiers axes factoriels (le cosinus et le cosinus carré), nous distinguons les nuances suivantes entre les deux agrégats :

(seul le codage des questions se rapportant à l'annexe 3 est repris dans ce tableau)

	Variables communes	Qualificatif	Variables propres aux professionnels	Qualificatif	Variables propres aux gestionnaires	Qualificatif
Facteur 1 Approche "produit"	Q3a D A5 A8 orientations et gestion	*amélioration et contrôle des processus * identification de la carence et des orientations des autres hôpitaux	T1 N2 M2 A4 T2 A2 approche technique et financière	*financement par GHM et par pathologie * financement des investissements pour des activités médicales à développer * objectifs associés à la qualité des soins	E A9 Q2 Q5 Q6 Q7 approche organisationnelle de mise en oeuvre	*communiquer avec le médecin de famille * développer les compétences médicales et paramédicales pour orienter les activités de l'hôpital * leadership des équipes dirigeantes (médicales et non médicales) * utilisation des informations des personnels et des clients pour fixer des objectifs d'amélioration de l'organisation

	Variables communes	Qualificatif	Variables propres aux professionnels	Qualificatif	Variables propres aux gestionnaires	Qualificatif
Facteur 2 Recentrage des politiques de produits et de la mission de service public	J2 L2 spécialisation des réseaux	* centrage du CHU sur son métier * complémentarité entre hôpitaux généraux d'une même zone géographique d'attraction par spécialisation	J1 J2 I1 R S A6 A7 M4 gestion des moyens et de l'innovation	* partenariat entre les CHU et les hôpitaux généraux pour la réalisation de réseaux * développement de l'usage de nouvelles molécules et technologies par le partenariat avec les CHU * réduction des coûts de la santé publique pour la collectivité par le partenariat dans les filières de soins intégrées * utilisation des données épidémiologiques régionales pour offrir une réponse aux besoins diagnostiques et thérapeutiques	T6 T3 T4 M1 A3 L P Q8 responsabilité collective et autonomie de gestion	* compléter les moyens financiers par des activités commerciales et utilisation du sponsoring * développement d'une approche de "marketing sociétal" * agréation de réseaux par les tutelles et négociation de contrats d'objectifs à 3 ou 5 ans * harmonisation des règles de financement équivalentes, quel que soit le statut juridique de l'hôpital * responsabilisation en matière d'environnement, de recherche et d'enseignement

	Variables communes	Qualificatif	Variables propres aux professionnels	Qualificatif	Variables propres aux gestionnaires	Qualificatif
Facteur 3 Spécialisation et segmentation	Q. 4 non adhésion à : C et A2 gestion des spécialisations et des marchés	*utilisation effective des procédures diagnostiques et thérapeutiques mises en place * recherche de nouveaux équipements et de nouvelles molécules orientée sur les priorités de l'hôpital * rejet des politiques actuelles de financement et d'une absence d'adaptation des quotes-parts des patients	Q2 T4 Q5 T5 Q1 T3 non adhésion à : M3 développement des activités	*leadership des équipes dirigeantes *compléter les moyens financiers par des activités commerciales *utilisation des informations provenant du personnel et des clients pour fixer des objectifs d'amélioration et de développement des activités * ne pas s'intégrer dans une filière de soins	I2 T2 J1 Q9c I1 S R complémentarité et compétitivité	*développer les réseaux avec les CHU * assurer les dotations par pathologies *connaître les performances de l'hôpital par rapport à ses objectifs qualitatifs et quantitatifs de partenariat dans la filière de soins * développer la recherche universitaire par le partenariat en réseau et assurer le transfert des technologies

Les représentations des gestionnaires et des professionnels sont convergentes et complémentaires pour ces trois axes factoriels. La composition du "sommet stratégique" de l'hôpital réunira les professionnels et les gestionnaires lors des phases de consolidation, afin d'enrichir les analyses et améliorer la qualité des décisions prises.

Les professionnels comme les gestionnaires reconnaissent la nécessité de développer le partenariat entre les hôpitaux universitaires et les hôpitaux généraux.

En réaction aux politiques de financement actuelles, ils voient une solution aux problèmes financiers par le développement de la segmentation et l'adaptation des quotes-parts des patients.

De même, le contrôle de gestion et le contrôle stratégique pourraient contribuer à la définition des orientations, à la mise en oeuvre d'une politique de spécialisation et au recentrage de l'hôpital sur ses points forts. Les professionnels estiment que la contribution de ces services en staff pourrait se développer par des analyses plus qualitatives.

Ces évolutions semblent compatibles avec la mission de service public, le développement d'une approche de "marketing sociétal" et l'amélioration de l'autonomie de gestion par la négociation de contrats d'objectifs à 3 ou 5 ans.

Le développement de la segmentation devrait cependant être contrôlé lors de l'élaboration d'éventuels contrats d'objectifs négociés avec les tutelles. Une telle évolution pourrait entrer en contradiction avec la réduction des coûts de la santé publique pour la collectivité (problème d'accessibilité aux soins, induction de l'offre, induction des dépenses de soins de base à charge de la sécurité sociales, ...)

Le risque de dérive semble réel et les tutelles doivent plus que jamais jouer leur rôle de régulation, en adaptant les mécanismes de financement vers des dotations

par pathologies, par services de soins et pathologies (GHAS), ...

L'analyse de l'évolution des comportements d'achat du patient, reprise au chap. V.2., met clairement en évidence ce risque de dérive (consommation plus élevée des services ambulatoires pour les patients ayant une assurance privée, développement du comportement de "risque moral" lorsque la sécurité sociale ne peut plus tenter d'influencer les comportements de demande et d'offre de soins, disparité des sommes déboursées par patient entre milieux sociaux lorsque certains honoraires libres sont autorisés, ...). Si dans certaines circonstances (maladies graves), des solutions pour éviter l'hospitalisation sont possibles, l'INSEE constate, en effet, qu'elles seraient le fait des catégories les plus aisées.

L'analyse des données brutes des professionnels et des gestionnaires, sur base des moyennes et des écarts-types, nous indique une certaine cohérence des opinions pour l'ensemble des items. Cependant, nous observons des divergences pour les variables suivantes :

	représentation des professionnels		représentation des gestionnaires	
	μ	σ	μ	σ
1) Pour le choix des investissements lourds, le relais avec le Comité de Direction sera assuré par un médecin	4,64	0,8	3,5	1,31
2) Des analyses pluri-annuelles sont nécessaires à la fixation définitive des budgets	3,76	1,2	4,37	0,69
3) Favoriser les activités prioritaires du projet stratégique au détriment des autres	3,57	1,19	4,1	0,96
4) La sécurité financière de l'hôpital doit figurer parmi les critères de gestion de l'hôpital	3,68	1,03	4,26	0,69

Si les moyennes restent proches de 4, c'est surtout en matière d'orientation et de sélection des plans d'investissement que les divergences sont les plus fortes. Le "sommet stratégique" aura une mission d'intégration importante à assurer entre les gestionnaires et les professionnels à ce sujet. Une approche objective de la situation sur base d'analyses et d'outils de gestion structurés, développés et appliqués sur de bonnes bases consensuelles, seront sans doute des facteurs d'intégration. En effet, la logique des gestionnaires et la logique des professionnels semble s'exclure dans ces domaines.

Pour valider cette partie descriptive, nous utilisons le test de FRIEDMAN qui vérifie la fiabilité des variables décrivant le mieux la représentation étudiée. La sélection de départ des variables "sources" a été déduite de l'analyse des coefficients de corrélation de PEARSON, établie sur le tableau des données brutes.

En respectant les limites de fiabilité établies pour la décomposition de notre échantillon, nous pouvons valider qualitativement les variables décrivant le mieux les domaines du management stratégique visés par notre recherche.

Nous ne déduirons les perceptions des gestionnaires et des professionnels que pour l'échantillon des hôpitaux publics français et les hôpitaux belges réunis. Quant aux champs analysés, nous nous limiterons également à :

- items corrélés à la question générale relative au management stratégique (Q. 22)
- items construits sur base du modèle européen de management par la Qualité Totale (Q. 17.1a Q 17.9d)

- finalité émergente de l'hôpital (Q. 13a)
- facteurs d'autonomie de décision et de développement d'une stragégie externe (Q. 8)

En effet, les tests de cohérence ont permis de démontrer la fiabilité du questionnaire pour ces différents champs (α de Cronbach > 0,8).

Le test de FRIEDMAN sera mis en oeuvre sur base des données centrées réduites, puisque celui-ci utilise la distribution théorique de χ^2 dans son algorithme de calcul.

		Gestionnaires et professionnels réunis		Gestionnaires		Professionnels	
	DL	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Le management stratégique (corrélations à Q.22)	28	63	0,0002	92	0,000	47	0,014
Le modèle européen du management par la qualité	12	37	0,0002	49	0,000	22	0,037
La finalité de l'hôpital (corrélations à Q. 13a)	21	95	0,000	103	0,000	51	0,0002
Autonomie de décision et développement d'une stratégie externe (corrélations à Q .6)	26	127	0,000	85	0,000	85	0,0000

Nous observons qu'en considérant l'échantillon de réponses provenant des hôpitaux publics français et des hôpitaux belges, nous pouvons décrire fidèlement les

représentations des dirigeants pour ces domaines du management stratégique (au seuil de rejet de 5 %).

Les probabilités sont établies au départ d'un intervalle de confiance fixé à 95 % pour l'échantillon des hôpitaux belges et des hôpitaux publics français (intervalle bilatéral à l'aide d'ANOVA dans SPSS).

Les avis entre les professionnels et les gestionnaires sont légèrement nuancés en ce qui concerne le management stratégique. Il s'agit des items suivants :

- le manque de disponibilité des services de gestion pour mener des enquêtes auprès des patients et des médecins prescripteurs, pour réaliser des analyses coûts/bénéfices, pour analyser les incidents thérapeutiques et contribuer aux évaluations médicales et infirmières pour l'analyse des infections nosocomiales, ... (Q. 4)
- l'importance accordée par les gestionnaires aux résultats du point de vue de la sécurité financière de l'hôpital, alors que les professionnels semblent moins préoccupés sur ce point (Q. 9d)
- la grande importance accordée par les gestionnaires à l'adaptation des financements aux besoins réels par groupes homogènes de patients, alors que les professionnels sont plus partagés sur ce point (T.1)

Les professionnels attendent, de la part des gestionnaires, une plus grande ouverture à la perception du marché et du suivi des aspects qualitatifs des activités, tout en réduisant la pression sur les aspects financiers. Les professionnels attendent un rapprochement des gestionnaires vers des préoccupations liées à la qualité des soins et des services pour les aider à faire évoluer certains aspects pratiques de la profession.

Les logiques gestionnaires et professionnelles devraient s'intégrer davantage au départ d'une préoccupation centrée sur le patient.

V. 1.3. Synthèse des représentations analysées

a) Pour les hôpitaux belges et les hôpitaux publics français, le management stratégique signifie :

- observer les choix d'activités adoptés par les autres hôpitaux,
- connaître les techniques diagnostiques et thérapeutiques à acquérir pour répondre aux besoins des populations de la zone d'attraction de l'hôpital (analyses épidémiologiques)
- mesurer les carences de l'hôpital et connaître les besoins des médecins prescripteurs et des patients
- collaborer entre les CHU et les hôpitaux généraux pour la mise en place de réseaux de prise en charge de patients (faire agréer ces réseaux et négocier des projets de développement à 3 ou 5 ans avec les tutelles)
- prioriser les activités à développer dans l'hôpital et impliquer les professionnels lors des prises de décisions concernant les investissements
- appliquer les modèles de gestion par la qualité totale dans l'hôpital
- adapter les financements par groupes homogènes de patients et par pathologies
- établir une segmentation et adapter les quotes-parts des patients par segments pour l'hôpital.

L'approche "produit" est dominante et se cristalise par l'application d'une stratégie de spécialisation de l'hôpital. La stratégie externe de partenariat avec les CHU et les négociations des contrats avec les tutelles visent davantage une consolidation qu'une approche pro-active orientée vers les marchés de l'hôpital (permettre

l'agréation des réseaux par les tutelles, une adaptation du financement, ...).

b) Les finalités poursuivies par l'hôpital :

- l'hôpital opte pour une finalité de type "marketing sociétal", dans la mesure où il souhaite limiter le niveau des coûts à supporter par les patients à certains seuils acceptables pour la société, en respectant des normes de qualité. Dans le cadre des ressources dont il dispose, il recherchera une certaine autonomie de gestion et optimisera ses surplus financiers par l'application de règles de gestion qui lui sont propres (augmentation des recettes par un accroissement marginal d'activités dans les services très demandés, mise en place de réseaux permettant au CHU de se concentrer sur ses domaines de spécialisation, ...).
- connaître les nouvelles attentes des médecins prescripteurs, compte tenu du développement des alternatives à l'hospitalisation.
- respecter un rôle spécifique dans une filière de soins dans laquelle l'hôpital est intégré.
- collaborer dans une filière dans le but d'améliorer les états de santé de la population et de réduire les coûts de la santé publique pour la collectivité.

Le management stratégique sera donc mis au service de ces finalités. Il sera indispensable d'associer les tutelles pour réaliser ces objectifs de santé publique. Une stratégie externe devra être adaptée à la stratégie interne à développer préalablement. Par contre, nous percevons déjà une nuance entre ce que recouvre le management stratégique pour notre échantillon et les finalités qu'il devrait être possible de poursuivre. D'une part, le management stratégique se réduit à une approche de spécialisation

par une approche "produit", d'autre part l'objectif consiste à limiter les coûts à supporter par les patients à certains seuils acceptables pour la société. Cela n'est pas incompatible, mais l'approche sociétale et de collaboration de l'hôpital dans une filière de soins ne semble pas aller de soi. Les tutelles ont probablement un rôle de pilotage à assurer pour réaliser cette finalité de type "sociétal".

c) Quelques facteurs d'autonomie de décision :

- mesurer la carence pour accroître de manière marginale certaines activités.
- réaliser des efforts de rigueur des dépenses courantes, tout en préservant l'accessibilité des soins aux patients.
- mener des analyses telles que : enquêtes auprès des patients et des médecins prescripteurs, nouvelles procédures de soins, nouveaux équipements médicaux, analyses des infections nosocomiales, ...
- obtenir des dotations globales de la part des tutelles et assurer l'adéquation aux besoins et structurer des réseaux d'hôpitaux agréés (entre CHU et hôpitaux généraux).
- partager les priorités des projets entre professionnels et gestionnaires et recentrer les activités.
- impliquer le personnel pour l'amélioration continue des processus et mesurer les perceptions des patients, des médecins prescripteurs, du personnel, ...
- adapter les structures d'organisation, les méthodes de gestion et les politiques de financement développées par les tutelles pour donner la possibilité aux équipes dirigeantes d'orienter les activités de façon déterminante et durable dans le temps.

V. 2. Evolution des comportements d'achat des patients

Avant d'aborder le repérage des attitudes des "clients" de l'hôpital, il nous paraît important de citer les analyses réalisées en collaboration entre l'INSEE, le CREDES (Centre de Recherches, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé), le Ministère de la Santé (MIRE), le Ministère des Affaires sociales (SESI), la CNAM et l'INSERM sur l'évolution du comportement des patients entre 1980 et 1991, la relation entre les dépenses médicales et la couverture sociale et sur les disparités de recours aux soins en 1991 (132).

Le contexte de couverture de la population par la Sécurité sociale en France est relativement proche de celui de la Belgique. Les enquêtes réalisées par l'INSEE et les analyses explicatives de la consommation de soins fournissent des indications intéressantes sur l'élasticité de la demande et les concepts économiques intervenant dans le micro-environnement de l'hôpital.

L'enquête de 1980 a permis à une équipe de médecins d'analyser les caractéristiques de morbidité sur dossiers pour 16.766 individus appartenant aux ménages ordinaires. Les personnes présentant un degré d'invalidité prononcé (activité professionnelle ou domestique très ralentie, perte d'autonomie, grabataire), ainsi que les personnes présentant un pronostic mauvais au niveau du risque vital ne sont pas comprises dans l'échantillon.

La consommation des services de santé est caractérisée par une élasticité par rapport au revenu supérieur à l'unité.

M. Gombert de l'INSEE l'a identifié à 1,47 pour les dépenses de médecine de ville, par rapport au revenu en 1990.

La part des dépenses dans le budget des ménages s'accroît lorsque le revenu augmente. De même, le taux d'adhésion à une couverture complémentaire du risque de maladie par rapport à ce que couvre la sécurité sociale croît avec le revenu.

Rappel des principes de la théorie économique de l'assurance :

- les adhérents à un système organisant la mutualisation du risque de maladie consomment davantage de soins. Il est individuellement rationnel pour eux de réduire leurs efforts d'auto-protection et de reporter sur la collectivité des assurés la dépense supplémentaire engendrée par leurs comportements plus risqués.

  Ces biais d'amoralité sont qualifiés de "risque moral" en théorie économique.
- l'assureur a rarement la possibilité d'observer les efforts d'auto-protection réalisés par les assurés. S'ils le pouvaient, à l'instar des dispositions en vigueur en assurance automobile (bonus/malus), ils tarifieraient différemment les contrats selon les individus, afin de les inciter à poursuivre et amplifier leurs efforts.
- l'assurance organisant la mutualisation reste souhaitable, puisqu'un bon état sanitaire de la population procure collectivement des bénéfices (effet particulièrement marqué dans le cas des maladies contagieuses)
- alors que les comportements de" risque moral" sont difficiles à déceler lorsque la couverture sociale de base est généralisée, cela devient possible

si l'on dispose d'informations sur l'adhésion à un mécanisme facultatif de couverture complémentaire.

- phénomène d'anti-sélection : lorsqu'un assureur est confronté à des classes homogènes de risques qu'il ne peut discerner, il peut proposer un contrat assorti d'un ticket modérateur en option. Les "mauvais risques", ayant une propension élevée à consommer des soins, choisissent le contrat de base. Les "bons risques" prennent l'option par un effort volontaire d'auto-protection.

A partir des régressions logistiques effectuées pour les différents types de consultations et d'achats (consultations de généralistes, de spécialistes, actes paramédicaux, examens, achats de spécialités pharmaceutiques prescrites et non prescrites), les chercheurs établissent que la consommation médicale dépend :

- du revenu
- du sexe
- de l'âge.

Dans ce cas, la variable endogène analysée (consommation de soins) est de nature dichotomique simple par rapport aux variables exogènes retenues (soit l'alternative "prendre" ou "laisser" en fonction des seuils qui déterminent le changement de la variable dichotomique).

Les modèles économétriques utilisés pour les calculs de probabilités de consommer transforment les données qualitatives en variables latentes (v).

$$v = x\,\beta - \sigma\varepsilon$$

la partie déterministe ($x\,\beta$) = âge du patient, revenu et sexe

la partie aléatoire du modèle ($\sigma\varepsilon$) dépendra du comportement d'achat et est dichotomique par nature.

Les modèles de calcul des probabilités de consommer sont de types LOGIT ou PROBIT pour lesquels des probabilités négatives traduisant une aversion à la consommation sont observables.

Toutes choses égales par ailleurs (sexe, âge), le niveau de vie du ménage influence positivement la propension à consommer. Son effet est d'autant plus net qu'il s'applique à des consommations dont le ticket modérateur est élevé (consultations de spécialistes, ...)

L'âge et le sexe discriminent très fortement les comportements de consommation. A âge égal, les hommes consomment toujours moins que les femmes et les personnes âgées davantage que les plus jeunes. Lorsqu'on cherche à expliquer les disparités inter-individuelles de consommation médicale, l'âge apparaît comme le facteur principal. La consommation médicale est élevée pendant l'enfance, faible jusqu'à la quarantaine, puis s'accroît fortement ensuite.

De même, les patients ayant une assurance complémentaire présentent une propension plus élevée à consommer les biens et services de médecine ambulatoire.

Sur base de comparaisons avec les systèmes de santé étrangers, Y. Moreau montre, dans son rapport au Premier Ministre en 1991 qu'il existe une corrélation inverse entre la part du financement public de la dépense de santé et son rythme d'évolution.

Placée en situation de monopole, la sécurité sociale peut tenter d'influencer les comportements de demande et d'offre de soins et, ainsi, réduire les inefficacités de l'allocation des ressources. Les comportements de "risque moral" trouvent dès lors leur origine davantage dans l'existence d'organismes distribuant de la couverture sociale complémentaire facultative, puisqu'il n'existe pas de moyen pour limiter la liberté des individus à s'assurer.

L'analyse effectuée par Pierre Marniche en 1991 à l'INSEE permet de mesurer l'état et l'ampleur des inégalités en 1991. Les écarts de comportements liés à la catégorie des praticiens auxquels s'adressent les patients sont importants et rejoignent la hiérarchie sociale habituelle (qui va des catégories aisées aux catégories populaires).

Ainsi, la part des séances de spécialistes varie d'un peu plus de 25 % de l'ensemble des séances chez les paysans et ouvriers, à plus de 45 % pour les cadres. Depuis 1980, la réglementation contractuelle française de l'assurance-maladie a ouvert aux médecins conventionnés la possibilité de pratiquer des honoraires "libres". Le poids des honoraires libres ou élevés dans l'ensemble des recours est très inégal selon les milieux. Il est inférieur à 15 % chez les ouvriers et s'élève jusqu'à 33 % dans les ménages de cadres.

Toujours à sexe et âge comparables, les fréquences d'hospitalisation des salariés suivent la hiérarchie sociale. Elles sont minimales pour les ménages de cadres et maximales pour les ouvriers. Il est tout à fait possible que ces écarts d'hospitalisation reflètent des écarts réels de morbidité entre milieux sociaux, mais il est également possible qu'ils soient le résultat de comportements différents. Des phénomènes de substitution entre hospitalisations et consultations médicales peuvent se produire. Dans certaines circonstances où l'hospitalisation est de règle (maladie grave), des solutions d'évitemment sont possibles et seraient le fait de catégories les plus aisées (soins à domicile, centres spécialisés, ...)

Entre 1980 et 1991, les disparités sociales de recours aux soins se sont réduites. En revanche, en termes de sommes déboursées par patient, les écarts entre milieux sociaux se sont accrus. La création d'un secteur conventionné de médecins à honoraires libres est une des explications de ce phénomène.

BU LILLE

J-P ESCAFFRE a publié les résultats de diverses enquêtes d'opinions effectuées au sein d'hôpitaux publics et privés en France et en Grande-Bretagne (136).

La problématique abordée était la suivante: " la population continue-t-elle à reconnaître son hôpital public comme le seul garant d'une mission de service public ?"

L'aspect fondamental de recherche consistait à analyser le rapport entre la mission publique de l'hôpital et le soutien de la population à cette institution. Quelques "lois générales" ont ainsi pu se dégager de cette recherche.

Le laboratoire de recherche a distingué cinq niveaux dans la demande hospitalière. Il estime que, selon les moments en phase ou en déphasage, les variations expliquent l'ampleur des entrées à l'hôpital:

Niveau 1: La population générale de l'aire d'attraction de l'Etablissement. Elle varie à moyen et à long terme, en fonction des taux de natalité, de mortalité et des migrations. Des phénomènes saisonniers se superposent à ces mouvements lents.

Niveau 2: La population en état morbide

Les critères épidémologiques actuels ne couvrant que quelques pathologies, les auteurs considèrent que cette population est mal connue.

Niveau 3: La population en demande de prise en charge collective (demande exprimée)

J-P ESCAFFRE cite la thèse défendue sur "le processus de la prise en charge hospitalière " à Paris I en 1990. Il a pu être démontré que la demande de prise en

charge collective exprimée est directement liée à la capacité de soutien des réseaux sociaux domestiques. C'est ainsi que l'on peut expliquer que les entrées hospitalières continuent à progresser localement alors que la population générale de l'aire d'attraction baisse et ce du fait du démantèlement des réseaux sociaux.

Niveau 4: La population prise en charge par l'ensemble des structures existantes dans l'aire d'attraction (demande captée)

Une fois la demande générée et exprimée, celle-ci est captée, en totalité ou partiellement, par l'ensemble des structures existantes. Dans certains cas, l'offre globale est insuffisante (comme c'est fréquemment le cas sur le "segment" personnes âgées), ou excédentaire (parfois sur le "segment" pédiatrie, par exemple). Cependant, la "demande captée" ne doit pas être confondue avec le "marché" des structures existantes: en effet, le "marché" intègre non seulement la demande générée, mais aussi la capacité qu'ont ces structures à maintenir artificiellement cette demande (demande induite par l'offre).

Niveau 5: Demande attirée par un hôpital

Ce dernier niveau de la demande hospitalière intègre le niveau précédent et peut être dû à divers facteurs: concurrence des autres établissements, compétences particulières de l'hôpital, niveau technologique du plateau technique, image de la population, image auprès des médecins de famille, image auprès du personnel de l'hôpital et des tutelles,...

Ces différents niveaux de demandes peuvent donc trouver des explications de types structurelles ou conjonctuelles. Dans le cas d'un hôpital à un moment donné, s'il veut agir sur ces évolutions, il pourra adapter la manière dont il s'insère dans une

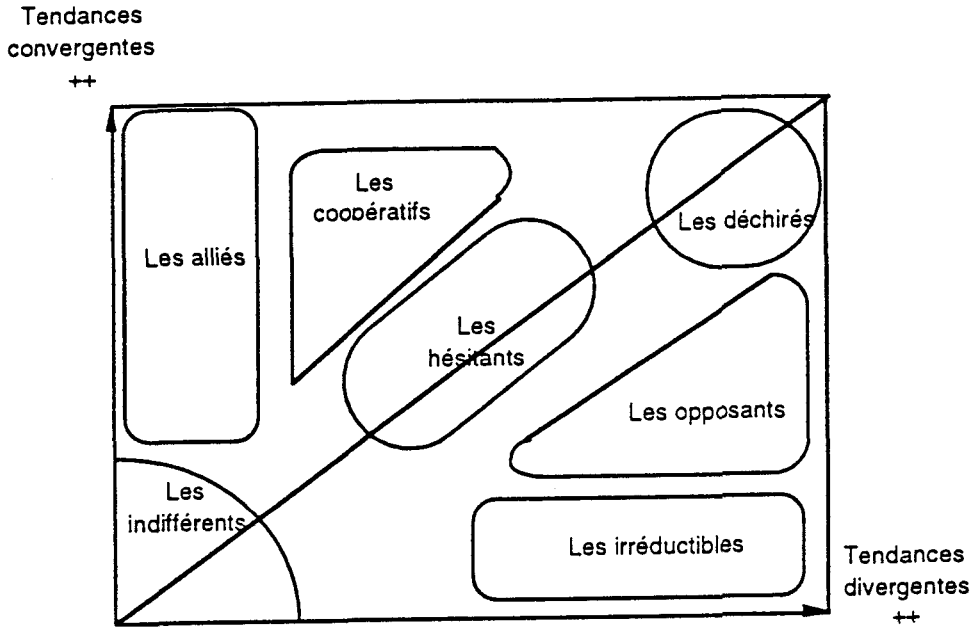
filière de soin pour améliorer son contrôle de la demande attirée ou développer des activités et des réseaux pour intégrer les niveaux 1, 2 et 3.

Cependant, son attractivité, telle que décrite au niveau 5, dépendra largement de l'opinion de la population. En effet, une opinion est une prise de position personnelle (ou d'un groupe) et il en découle que si un partenaire attaque notre opinion, il agresse notre personne (ou notre groupe). S'il se range à notre opinion, il renforce notre position (ou notre groupe). Il y a un jugement de valeur de l'action ou du projet d'autrui (le projet de l'hôpital en l'occurence).

J-P. ESCAFFRE s'est servi d'un modèle distinguant dans une attitude, vis-à-vis d'un hôpital, à la fois l'aspect convergeant et l'aspect divergeant. L'attitude d'un individu ainsi décrite est relative à un hôpital donné, voire à un service particulier d'un hôpital donné, et peut varier en fonction de chaque hôpital ou chaque service d'un hôpital.

Ce modèle a été élaboré de manière empirique et après une analyse psychosociologique d'interviews ouverts.

Typologie des attitudes vis-à-vis d'un projet



Ce classement n'a de sens que s'il est élaboré sur les partenaires ayant un pouvoir réel, potentiel, ou émergent sur le projet (dans notre cas: la demande hospitalière).

Par rapport à un projet, dans la quasi généralité des cas, tous les groupes d'attitudes existent, selon des importances diverses. Il en découle que le management consistera à gérer le spectre des opinions dans son ensemble et dans sa diversité.

L'affirmation d'une opinion résulte de la combinaison de trois niveaux distincts:

- l'information sur le problème posé
- la capacité de comparabilité
- la certitude cognitive.

Si ces trois niveaux manquent, il ne reste plus que le registre affectif ou subjectif pur. A ce stade, la rumeur a une grande influence (informations confuses, diffuses et partielles), par ailleurs très vite oubliée.

Les "hésitants", dont l'absence d'opinion induit la non-action, peuvent représenter le groupe le plus important de l'ensemble des partenaires. Ils peuvent constituer un enjeu pour le projet, soit parce que la réalisation concrète de celui-ci passe par leurs actions, soit parce que, sensibles à la rumeur déployée par les irréductibles, ils peuvent servir de marge de manoeuvre par ces derniers.

Le passage de la non-action à l'action (ou l'inverse selon l'intérêt du projet) nécessite une transformation de l'opinion des indifférents: elle ne peut se faire que par rapprochement plus ou moins partiel des valeurs du partenaire avec celles du projet.

Le problème provient du fait que, contrairement aux porteurs d'opinions extrêmes, les indifférents ont des systèmes de valeurs disparates, individualisés, "browniens", qui rendent la mobilisation compliquée, et le maintient de celle-ci toujours précaire du fait qu'elle ne repose que sur des valeurs communes très faibles.

Dans cette optique, les opinions extrêmes étant déjà consolidées, les opinions intermédiaires (les coopératifs, les hésitants, les opposants) apparaissent comme un "débouché" des indifférents, et réciproquement. Il existerait un va-et-vient entre les opinions intermédiaires et les indifférents vis-à-vis du projet.

Ainsi, on peut lire le système des comportements des partenaires vis-à-vis du projet comme composé d'un sous-système stable d'opinions extrêmes, auto-reproduisant ses actions par rapport au projet, et d'un sous-système instable

"indifférents / opinions intermédiaires" dont les flux dans un sens ou dans l'autre dépendent de l'énergie dépensée par le porteur du projet, et de celle déployée par les opinions extrêmes.

J-P ESCAFFRE a utilisé cette méthode pour examiner la formation des opinions globales des partenaires vis-à-vis de l'institution hospitalière publique et pour examiner le "socle de survie" des structures publiques.

Toute typologie d'âge et de sexe mise à part, il apparaît que le degré d'attachement à l'hôpital local se situe à environ 25 %, peu importe le statut public ou privé.

Une enquête réalisée auprès de la population générale de l'aire d'attraction de l'établissement, les médecins de famille et les patients sortis a ensuite été effectuée pour trois hôpitaux français et pour les services de Santé de BRADFORD en 1991 (Grande - Bretagne)

Les opinions les plus rapidement structurantes **auprès de la population** sont les suivantes par ordre décroissant: (pour les services d'hospitalisation)

Ensemble 1:

- le confort des chambres
- le nombre de soignants (= sentiment de sécurité)
- la propreté / hygiène de la chambre

Ensemble 2:

- la qualité des soins

Ensemble 3:

- la qualité des relations avec les soignants
- l'écoute des médecins
- la qualité des repas

Ensemble 4:

- l'organisation des services
- le niveau des équipements

En conséquence, une mobilisation des indifférents dans la population ne passera pas en premier lieu, contrairement à ce qui est couramment fait, par des informations sur le plateau technique: il faudra débuter par les caractéristiques de l'ensemble 1, avec l'espoir de créer un flux entre le groupe des indifférents et le groupe des coopérants.

Une stratégie de maintien des opinions intermédiaires (stratégie du "maintien du soufflet") exigera une forte fréquence des informations sur les caractéristiques de l'ensemble 1, moins forte sur celle de l'ensemble 2, etc...

Les opinions des médecins de famille se structurent assez différemment de celles de la population en général.

Les médecins de famille sont à l'origine d'environ la moitié des hospitalisations dans les hôpitaux généraux.

Plus de la moitié des médecins de famille de l'aire d'attraction ne répond pas aux questionnaires, malgré les lettres de rappel. Cette moitié représente les indifférents. On sait que les indifférents s'informent peu et sont en conséquence sensibles aux rumeurs. Compte tenu du rôle de fournisseur de l'hôpital et de l'importance numérique de ce groupe, la maîtrise stratégique de ces rumeurs est

primordiale.

Compte tenu de l'importance numérique des non-réponses, J-P. ESCAFFRE a analysé plus finement les rapports entre les indifférents et les opinions intermédiaires.

Les éléments qui font mouvoir les opinions de l'indifférence vers une opinion plus affirmée (positive ou négative) sont par ordre décroissant d'importance:

Ensemble 1:

- les relations avec le corps médical hospitalier
- les possibilités d'accès dans le service

Ensemble 2:

- les échanges d'informations

L'analyse indique que les mises en relation médecine hospitalière et médecine de famille n'ont pas d'effet symétrique : si elles sont mauvaises, le flux aura tendance à grossir le groupe extrême des irréductibles. En revanche, de bonnes relations n'augmenteront pas l'ampleur des "alliés de l'Institution hospitalière, mais permettront de consolider des opinions intermédiaires vers les groupes "plutôt bonne opinion" (les coopératifs) ou "plutôt mauvaise opinion" (les opposants) selon les appréciations sur les échanges d'informations.

Cette hiérarchie montre qu'une stratégie uniquement fondée sur une amélioration des échanges d'informations n'aura d'effet que sur la minorité dont les opinions ont déjà commencé à s'affirmer, mais guère sur les indifférents

majoritaires. La mobilisation de ces derniers passe en premier lieu par la mise en place d'un réseau relationnel.

Par contre, les consultations externes des médecins hospitaliers peuvent être vécues par les médecins de famille comme une concurrence sérieuse et déloyale.

Quant au **spectre des opinions des patients** sortis de l'hôpital, nous savons que son analyse est particulièrement importante, car ceux-ci sont partiellement à l'origine de la formation des attitudes de la population de l'aire d'attraction, ainsi que de celle de leurs médecins de famille.

Les opinions les plus rapidement structurantes sont les suivantes, par ordre décroissant:

Ensemble 1:

- qualité de soins dispensés
- attente avant la mise en route du traitement
- qualité des relations avec le personnel
- relations soignants / famille
- suivi assuré par le médecin
- collaboration entre les infirmiers et les médecins.

Ensemble 2:

- accueil
- propreté du service et de la chambre
- confort et équipement sanitaire
- qualité des repas
- visites.

Le spectre des opinions vis-à-vis des prestations hôtelières est indépendant de celui vis-à-vis des prestations de soins. Les actions pourront donc être menées séparément du point de vue du patient.

En conclusion, les dispositions prises pour assurer la qualité des relations, la sécurité des patients, le confort, l'organisation des équipes d'intervenants de soins et le suivi des contacts avec les médecins de famille seront autant d'actions permettant à l'hôpital de générer une bonne image dans la population de sa zone d'attraction, auprès des patients, des médecins de famille, du personnel et des tutelles.

Les dispositions contenues dans les normes internationnales d'assurance de la qualité (ISO 9001, par exemple) pourraient être une base importante d'inspiration pour mener ces actions structurantes.

Les observations mises en évidence par J-P ESCAFFRE, confirment largement les théories établies dans le domaine du marketing. (paragraphe III.8.1)

Nous vérifions effectivement que la prestation technique (service de base) est un critère de choix moins déterminant ou moins discriminant que les services secondaires et la manière dont ce service de base est produit.

V.4. Attributs de base et attributs secondaires pour des services d'urgences et différents services ambulatoires universitaires

Alors que le panier d'attributs mis en évidence par J-P ESCAFFRE pour des services d'hospitalisation confirment l'importance de l'organisation dans la prise en charge ainsi que les services secondaires, voyons ce qu'il en est des services des urgences ou des services ambulatoires. Les enquêtes réalisées au sein d'un hôpital universitaire bruxellois est fondée sur le modèle développé par A.PARASURAMAN, ZEITHAML et BERRY entre 1985 et 1988. Il s'agit de la méthode SERVQUAL.

CARMAN (Harvard) a utilisé le modèle en 1990 et s'est rendu compte que en fontion de la différenciation entre les services prestés par l'hôpital, les attentes et les attributs critiques variaient.

Alors qu'A. PARASURAMAN définissait la qualité de service par la comparaison qu'effectue le patient entre ses attentes et ses perceptions, CRONIN et TAYLOR démontraient en 1992 qui s'agissait essentiellement de la perception qu'a le patient de la performance du service assuré (119)

La mesure des écarts entre les attentes et les perceptions n'est donc pas déterminante dans le cas de l'hôpital. Ils démontraient également que la qualité de service est un préalable à la satisfaction du patient. Cette satisfaction le guidera ensuite dans ses intentions et dans sa manière de recommander l'hôpital à ses amis et connaissances.

De même, dans les services du secteur de la santé, la notion de qualité de

service est très nuancée par rapport au services en général. Le patient est directement impliqué par le service et les aspects interindividuels prennent un sens très différent.

La stratégie marketing devra tenir compte de cette dimension particulière (142).

La méthode "SERVQUAL" comporte 5 dimensions de la qualité de service :

- les "tangibles"
- la fiabilité
- la responsabilisation
- la sécurisation
- l'empathie et la satisfaction générale.

A. LE SERVICE DES URGENCES

En ce qui concerne l'évolution de la qualité de service de la prise en charge des urgences, le questionnaire utilisé et joint en annexe 4 est la transposition d'un modèle déjà testé et utilisé aux Etats-Unis. (143)

L'enquête a été réalisée avec l'aide d'étudiants en médecine pour la réalisation des interviews avant la sortie du service des urgences d'un hôpital universitaire bruxellois. Il s'agissait d'interviews systématiques des patients. Durant une semaine du lundi au dimanche et de jour comme de nuit, 152 patients ont pu être interrogés en mars 1994.

Les tests de représentativité de l'échantillon ont été réalisés par application du test paramétrique de la limite centrale calculé sur la moyenne d'âge, sans distinction du sexe d'appartenance des individus. Les valeurs vraies considéraient les données historiques de l'année 1993.

Les analyses des données ont été réalisées à l'aide du programme SPSS 6.0 : analyse en composante principale avec rotation des axes selon varimax, test de cohérence α de Cronbach global et par métiers, diagramme de corrélations et des taux de non satisfaction.

Le sondage a été réalisé dans le cadre d'une démarche analytique de reconception des procédures de prise en charge des patients, tant pour le personnel administratif d'accueil que pour le personnel médical et infirmier. Certaines ques-

tions permettant de décrire l'origine géographique ou les habitudes de recours à l'hôpital présentent moins d'intérêt par rapport à l'objectif de cette thèse et s'inscrivaient davantage par rapport à notre objectif professionnel. Seuls les éléments permettant d'identifier les critères de choix des patients par la présence de services secondaires intéressent notre recherche.

De même, les questions permettant d'enregistrer la qualité perçue de la prestation des personnels administratifs d'accueil, des médecins, des infirmières et des techniciens ont uniquement été posées dans le but de démontrer l'impartialité des conclusions issues de l'enquête. En effet, les indices "α de Cronbach" calculés pour chacun des quatre métiers ont permis de démontrer la fiabilité du questionnaire pour chacun des métiers pris individuellement. Les indices α de Cronbach ont été calculés pour les variables corrélées significativement au seuil de signification de 5 % avec l'item analysé (à partir des données brutes).

Métiers	α de Cron-bach	Nombre d'items
- personnel administratif d'accueil	0,76	25
- médecins	0,94	18
- infirmières	0,83	26
- techniciens (plâtriers et techniciens RX)	0,88	25
- ensemble des items corrélés significativement à la satisfaction globale (fiabilité globale du questionnaire	0,97	26

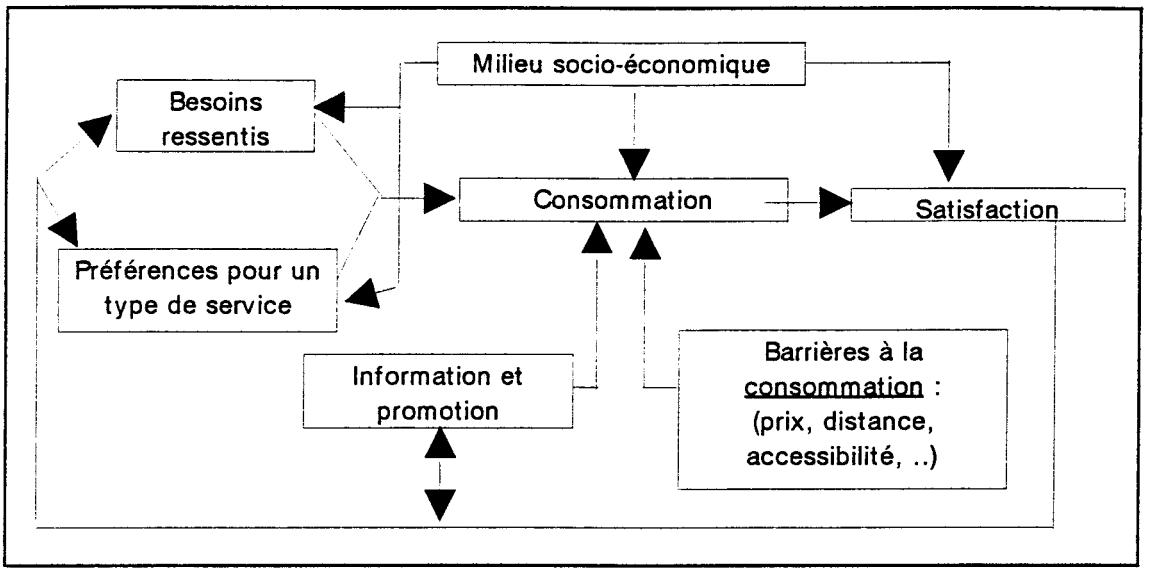
Répartition des âges de l'échantillon	Répartition des âges enregistrés durant le dernier trimestre de 1993	Classes d'âge
3	30	< 1 an
21	1.733	1 à 14 ans
77	3.284	15 à 34 ans
39	2.836	35 à 64 ans
9	1.200	65 à 84 ans
2	234	> 84 ans

pour α = 5 % (2,5 % bilatéral), t = - 2,87 et p = 0,03.

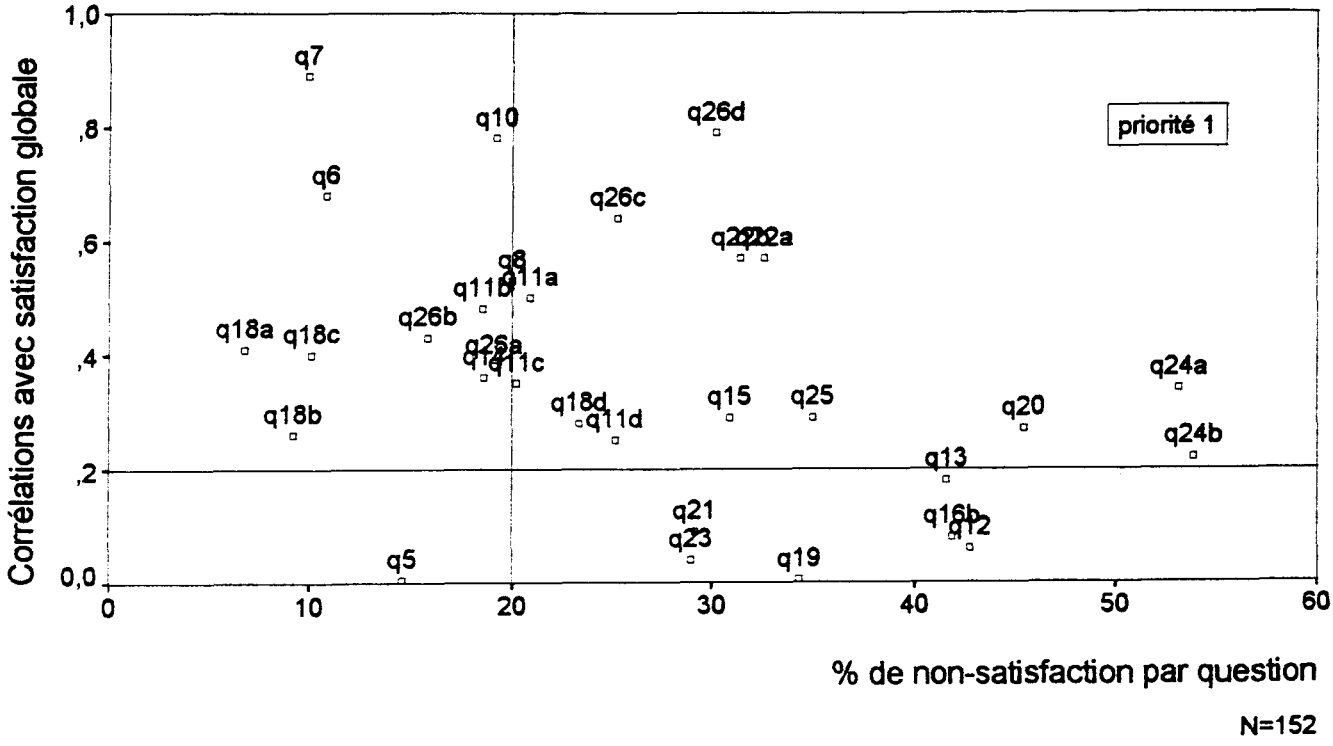
L'échantillon peut donc être considéré comme représentatif à l'intervalle de confiance de 95 % et au seuil de rejet de 5 %.

L'enquête effectuée auprès des patients étant nécessairement multidimensionnelle, un outil de décision utilisable par des personnes ne possédant pas les méthodes d'analyses factorielles a été développé. Il permet d'identifier les variables les plus explicatives de la variance et contribuant de manière déterminante à la satisfaction des patients.

Cette méthode se fonde sur un modèle systémique de représentation du comportement des consommateurs de services sociaux (réf. 32).

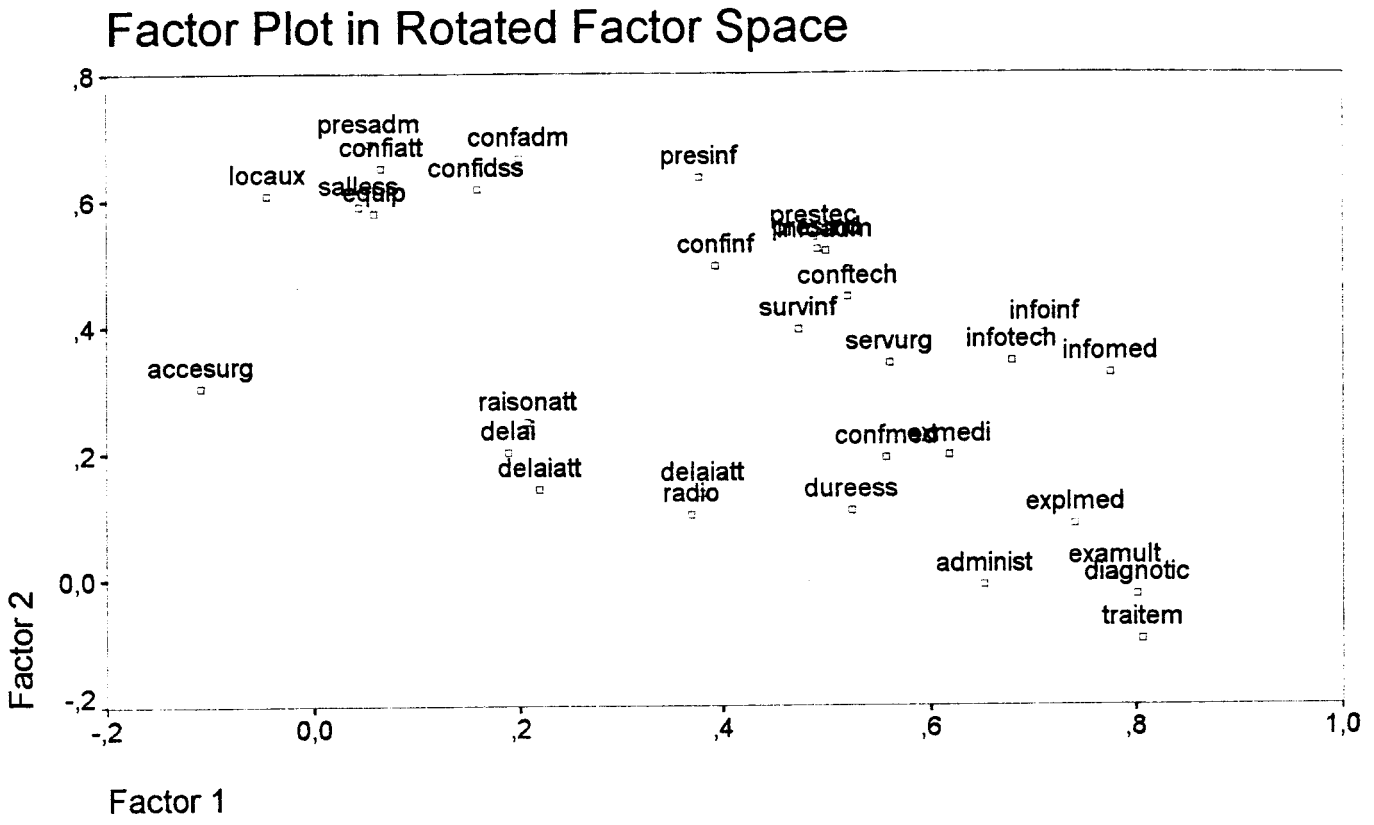


Après une analyse des données, tant en analyse factorielle en composante principale avec rotation des axes selon VARIMAX que par l'élaboration du diagramme des "corrélations/non-satisfactions", nous constatons que les items expliquant 33 % de la variance totale (facteur 1) se retrouvent effectivement dans le groupe des "facteurs essentiels d'insatisfaction".



Légende

Q. 5	Confiance médecins (confmed)
Q. 6	Confiance pers. infirmier (confinf)
Q. 7	Confiance techn. plâtriers (conftech)
Q. 8	Confiance pers. administr. (confadm)
Q. 9	Prise en compte par Serv. Urg. (servurg)
Q. 10	Explications des médecins (explmed)
11a	Infos pers. médical (infomed)
11b	Infos pers. infirm. (infoinf)
11c	Infos techniciens (infotech)
11d	Infos pers. administr. (infoadm)
Q. 12	Délai prise en charge (délai)
Q. 13	Délai attente avant soins (delaiatt)
Q. 14	Durée des soins (dureess)
Q. 15	Fréquence surveil. pers. inf. (survinf)
Q. 16a	Attente prise de sang (prisesang)
Q. 16b	Attente RX (radio)
Q. 16c	Attente scanner
Q. 16d	Attente EEC
Q. 16e	Attente écho
Q. 17	Attente avis compl. (aviscpl)
Q. 18a	Présent. pers. médical (presmd)
Q. 18b	Présent. pers. infirmier (presinf)
Q. 18c	Présent. techniciens (prestec)
Q. 18d	Présent. pers. administr. (presadm)
Q. 19	Impressions locaux attente (locaux)
Q. 20	Impressions salles soins (salless)
Q. 21	Modernité équipements (equip)
Q. 22a	Confident. accueil/attente (confiatt)
Q. 22b	Confident. salles soins ((confidss)
Q. 23	Accessibilité/signalisation (accesurg)
Q. 24a	Explicat. raisons attente (raisonatt)
Q. 24b	Explicat. délai prise en charge (delaiatt)
Q. 25	Explicat. examens médico-techn.(exmedi)
Q. 26a	Explicat. diagnostic (diagnostic)
Q. 26b	Explicat. traitement(traitem.)
Q. 26c	Explicat. examens ultérieurs (examult)
Q. 26d	Explicat. démarches administr.(administ)



Si le diagramme factoriel nous apprend que la compétence et le professionnalisme des médecins (confmed) contribuent à la construction de l'axe factoriel 1, le diagramme des "corrélations/non-satisfactions" nous indique que cette caractéristique n'est pas déterminante dans le choix de l'hôpital pour le patient (Q.5)

Dans notre cas, les critères de choix sont :

- les explications des procédures médicales par les médecins durant la prise en charge (Q.10)
- la compétence et le professionnalisme des techniciens de radiologie et les plâtriers (Q.7)
- la compétence et le professionnalisme du personnel infirmier (Q.6)
- les explications fournies par les médecins lors du départ du service des urgences, à propos des examens ultérieurs prescrits (Q.26c)
- les explications fournies par les médecins lors du départ du service des urgences, à propos des démarches administratives que doit effectuer le patient (Q. 26d).

Nous pouvons donc conclure que, même pour un service d'urgence d'un hôpital universitaire traitant des pathologies lourdes, les critères de choix sont des services secondaires par rapport à la fonction de base qui consiste à diagnostiquer et traiter médicalement un patient dont l'état peut être critique.

Cependant, compte tenu du caractère d'urgence "vital" des services d'un centre d'urgence universitaire, il nous a semblé intéressant de vérifier ces conclusions pour des services ambulatoires qui ont à priori un caractère plus préventif que curatif.

B. SERVICES DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES AMBULATOIRES

L'enquête a été menée dans le même hôpital universitaire et visait à identifier les attributs de service devant faire l'objet d'un plan d'amélioration. Il s'agissait également de cibler les priorités parmi les 43 services repris ci-après :

ORL
Ophtalmologie
Neurologie
Médecine Interne Générale
Gynécologie
Obstétrique
Médecine Interne A
Médecine Interne B
Pédiatrie
Dermatologie
Oncologie
Diététique
Chirurgie digestive
Chirurgie plastique
Chirurgie des glandes endocrines
Urologie
Centre de prélèvement respiratoires
Rhumatologie
Médecine physique
Médecine nucléaire
Radiothérapie
Pied diabétique
Orthopédie
Traumatologie
Polyclinique
Psychiatrie
Electro-encéphalographie
Doppler cardiaque
Doppler gynécologique
Lithotripsie
Hémostase
Radiologie générale
Radiologie pédiatrique
Radiologie ostéo-articulaire
Neuro-radiologie
Scanner
Résonance magnétique
Explorations pulmonaires
Explorations fonctionnelles
Explorations gastriques
Electro-cardiographie
Dentisterie
Stomatologie

L'enquête n'a donc pas été menée uniquement dans le cadre de cette recherche, mais pour nos besoins professionnels.

La structure du questionnaire utilisé repecte les champs mis en évidence par les recherches américaines pour des services ambulatoires (questionnaire en annexe 5 et structure du questionnaire en annexe 6). La cohérence du questionnaire est établie (α de Cronbach > 0,8).

Taille des échantillons pour la phase quantitative de l'enquête

Les méthodes de sondage empiriques nécessitent un recul historique et une longue expérience dans des enquêtes de ce type pour en assurer la précision. Dans le secteur hospitalier, ni les institutions de sondage, ni les expériences des autres hôpitaux, ne permettent d'utiliser la méthode des quotas ou des unités types avec suffisamment de fiabilité.

Nous avons donc utilisé la méthode aléatoire en travaillant par agrégats homogènes différenciés pour 43 zones de consultation (identification des questionnaires par un numéro distinct).

Nous avons pu assurer la fiabilité des enquêtes quantitatives en :

- déterminant le nombre minimal d'enquêtes à traiter par consultation,
- testant la représentativité des patients par des tests d'ajustement d'une variable indépendante : l'âge. (t-test par consultation et χ^2 pour l'ensemble des consultations)

Exemple de calcul du nombre minimum d'enquêtes à analyser pour un service

Nous nous basons sur les calculs adaptés pour une taille d'échantillon supérieure à 30 et dans le cas d'un tirage sans remise (tirage aléatoire simple : cas d'une proportion d'insatisfaits) (55, page 46)

- proportion de patients non-satisfaits estimée a priori : 10 % avec une fourchette allant de 5 à 20 %. Nous mesurons un taux de 16,5 % ex-post, ce qui signifie que la fourchette de départ était bonne.
- taille correspondant à p_0 = 10 % dans l'intervalle de confiance de 95 % :

$$n_0 = p_0 (1 - p_0) \left(\frac{t}{\delta}\right)^2 = 0{,}1 \times 0{,}9 \times \left(\frac{1{,}96}{0{,}075}\right)^2 = 61{,}4$$

(0,075 = δ , sachant que 2 δ = 20 % - 5 % = 15 % bilatéral)

Taille de l'échantillon à prélever pour ce service

N = taille de la population mère (annuelle pour 1993) = 23.530 cons./an

$$n = \frac{Nno}{N + no} = \frac{23.530 \times 61{,}4}{23.530 \times 61{,}4} = 61{,}2$$

Après cette première estimation, nous avons considéré que, pour récolter un agrégat de $\pm$ 60 questionnaires par la méthode aléatoire, et comptant sur un taux de réponse de $\pm$ 10 %, il faudrait les distribuer de façon systématique à chaque patient pendant 15 jours.

Le taux de réponse étant très inégal entre les 43 consultations, l'enquête a duré 3 semaines, tout en assurant un suivi hebdomadaire des retours par consultation.

Qualité de l'échantillon prélevé :

Si la méthode de prélèvement garantit à priori le caractère aléatoire de l'échantillon, un test d'ajustement s'impose si l'on veut éviter de tirer des conclusions erronées, sur base des analyses des résultats. Pour assurer cette fiabilité, le test non-paramétrique calculé sur les rangs de classes d'âges a été utilisé (test fishérien de Mann Witney WILCOXON)

Valeurs obtenues : - U de Mann Witney : 46955

- signification (p) : 0,0000 (à l'intervalle confiance de 95 %)

Nous sommes donc bien en présence d'une distribution normale issue de la même population mère que celle de l'ensemble des consultations en 1993.

Considérations générales pour l'ensemble des consultations

Nombre d'enquêtes diffusées : 7.312 durant la période du 2 au 27 mai 1994

Nombre de questionnaires analysés : 3.077

Taux de réponse : 42 %

Taux moyen de patients non-satisfaits pour l'ensemble des consultations : **11%**

Analyse de la fiabilité du questionnaire :

	α CRONBACH	Nombre d'items significativement corrélés aux questions spécifiques aux champs étudiés
médecins	0,9345	31
personnel infirmier	0,9344	31
secrétaires d'admission	0,934	31
secrétaires de consultation	0,934	31
satisfaction globale	0,9416	38

Représentativité de l'échantillon global

Alors que pour le service des urgences le test paramétrique de la limite centrale a été utilisé, du fait de la petite taille de l'échantillon (certaines classes d'âge comptant moins de 5 unités). Pour cet échantillon, nous avons pu affiner le test par classes d'âge.

En effet, il était impératif de valider nos agrégats pour certaines consultations à population plutôt jeune ou plutôt âgée. (exemple : pédiatrie, ophtalmologie, obstétrique, ...).

Répartition des âges de l'échantillon (3051 valeurs valides sur 3077 questionnaires récoltés	Répartition théorique ajustée à la taille de l'échantillon (issues des statistiques annuelles)	Classes d'âge
24	16	< 1an
266	247	1 à 14 ans
699	864	15 à 34 ans
1397	1349	35 à 64 ans
645	545	65 à 84 ans
20	30	> 84 ans
3051	3051	Total

intervalle de confiance = 95 %

$\chi^2 = 59,885$

p = 0,000%

Notre échantillon est représentatif de la population mère.

Principaux facteurs essentiels d'insatisfaction du diagramme corrélations/non-satisfactions

- attente sur place avant la consultation
- délai d'obtention d'un rendez-vous
- attente pour examen complémentaire
- délai de réponse au téléphone pour la prise de rendez-vous
- synchronisation entre médecins et non médecins
- explications demandées aux services administratifs

Ces facteurs sont davantage liés aux aspects d'organisation alors que les facteurs du choix repris ci-après font référence au professionnalisme.

Points forts

- qualité de la prestation médicale perçue par le patient
- présentation du personnel médical
- courtoisie, politesse, amabilité du personnel médical

Dans le cas des soins ambulatoires, le patient place les questions liées au professionnalisme (Q8 à Q10) des prestataires dans les critères de choix au même titre que certains services secondaires tels que :

- durée d'attente sur place (Q13)
- réponses données aux demandes d'informations du patient relatives à son état de santé (Q14)
- réponses données aux demandes d'informations du patient relatives au traitement prescrit (Q15)
- qualité du service rendu (question générale de double contrôle dans le questionnaire : Q11)

Les "attributs de service"secondaires sont encore largement dominant lorsqu'on sait que l'évaluation du professionnalisme des prestataires est en large partie déterminée par les facteurs d'organisation du service et des variables de comportement.

Nous pouvons, indirectement, en déduire qu'un processus efficient de prise en charge du patient doit être considéré comme un facteur critique de succès, puisqu'il permet de renforcer un des "attributs de service" prioritaire : le professionnalisme des prestataires. L'amélioration de l'organisation et des protocoles seront des éléments essentiels de l'amélioration de la qualité relative.

En effet, les principaux facteurs corrélés au professionnalisme des médecins sont dans l'ordre des corrélations décroissantes :

- présentation du médecin

  ($r = 0,54$; $p = 0,01$ pour $2\ \alpha = 5\ \%$)

- courtoisie, politesse, amabilité du médecin

  ($r = 0,54$; $p < 0,01$ pour $2\ \alpha = 5\ \%$)

- personnalisation de l'accueil par le médecin

  ($r = 0,5$; $p < 0,01$ pour $2\ \alpha = 5\ \%$)

- réponses fournies à propos des questions relatives à l'état de santé

  ($r = 0,45$; $p < 0,01$ pour $2\ \alpha = 5\ \%$)

Ces différents critères de choix font partie des items qui expliquent 36 % de la variance totale (facteur 1 de l'analyse factorielle en composante principale). *Nous observons que même la notion de professionnalisme est évaluée sur des aspects très subjectifs. Cette notion ne se réfère donc pas à un service de base, mais également à un service secondaire.*

CHAPITRE VI : CONCLUSIONS GENERALES

VI. 1. Les éléments de réponses à notre problématique 327

VI. 2. Les hypothèses validées par nos recherches 332

VI. 3. Les éléments du modèle de management stratégique proposé pour l'hôpital universitaire 339

a) Composition et missions du sommet stratégique 339

b) Synthèse des observations et considérations pratiques 345

En guise de conclusion, nous aborderons les différentes questions retenues dans l'énoncé de la problématique.

En synthèse, sur base des principes systémiques, nous tenterons de répondre aux questions "dans quel but" et "comment" mettre en oeuvre le management stratégique au sein des hôpitaux universitaires.

VI. 1. Eléments de réponses à notre problématique

Les méthodes d'élaboration d'une politique générale semblent bien appropriées au secteur hospitalier à condition de les mettre en oeuvre pour la mission de service public excluant tout approche mercantile. Les méthodes serviront au développement d'une stratégie de spécialisation/différenciation des services et des soins et à la gestion des innovations.

La gestion de projets transversaux est largement souhaitée dans un souci de cohérence des actions des gestionnaires et des professionnels vers les objectifs d'un projet d'entreprise commun.

Les forces concurrentielles ne se situent pas entre les réseaux publics ou privés, mais doivent davantage inspirer le sommet stratégique à développer une approche de "marketing sociétal" orientée vers le long terme. Les attributs produits seront des leviers à utiliser par l'hôpital universitaire lors de la négociation de nouveaux plans de financement avec les tutelles en vue du maintien de certains

pouvoirs de monopole. Quant aux attributs marchés, ils permettront à l'hôpital d'utiliser ses ressources marginales dans les domaines où sa carence est la plus grande. Parmi les ressources de l'hôpital universitaire, nous comptons les internes (assistants en Belgique), puisque l'extension du cadre permanent est limitée (légalement en France, alors qu'en Belgique, une marge de manoeuvre subsiste).

Une des particularités de l'hôpital universitaire consistera également à développer une politique active de recherche et d'innovation. Le partenariat avec l'université sera un levier essentiel de la réussite d'une politique d'innovation qui sera également garante du maintien des pouvoirs de monopole. Mais à ce stade, nous abordons immédiatement le problème de la cohérence de la politique de recherche avec les priorités établies en matière de santé publique.

L'hôpital universitaire est donc un partenaire indispensable des tutelles. Cet aspect de la stratégie externe n'a pas été développé par la recherche et mérite à lui seul une thèse. L'inadéquation actuelle exprimée par M. CREMADEZ et F. GRATEAU au chapitre III.5 et les limites des systèmes basés sur les "Peer review", énoncés par W. D'HOORE, témoignent entre autres de l'ampleur du problème posé par le choix des indicateurs de performance.

Nous observons qu'il y a plus de points de vue communs et complémentaires entre les professionnels et les gestionnaires qu'il n'y a de divergences (cfr. comparaison des 10 variables expliquant le mieux les trois premiers axes factoriels, § V. 1.2.5°).

Les systèmes de contrôle de gestion sont appelés à se développer et répondent à une attente des professionnels. Les services "en staff" décrits par H. MINTZBERG devront permettre cet apport des gestionnaires au service des professionnels. L'intégration des professionnels et des gestionnaires semble passer par là. Cela devrait également permettre aux professionnels de se concentrer sur la politique produit de l'hôpital, tout en intégrant les exigences du marché. Ces services "en staff" apporteront leur soutien aux démarches d'analyse, de développement, de planification et d'évaluation des projets stratégiques.

Dans un premier temps, la démarche semble devoir démarrer à l'aide d'informations tant quantitatives que qualitatives issues des micro-environnements. L'attente d'indicateurs qualitatifs semble relativement forte et complémentaire à un système d'évaluation des performances basé sur des typologies de service objectives (GHAS, ...).

La gestion des réseaux de relations avec les structures situées en amont ou en aval de l'hospitalisation présentent un intérêt pour une utilisation des compétences complémentaires entre les hôpitaux universitaires et les hôpitaux généraux. Ceci est particulièrement vrai pour les recherches appliquées portant sur l'utilisation de nouvelles molécules ou de nouvelles technologies. Les hôpitaux généraux ne semblent pas avoir les ressources nécessaires à ce type d'investigations.

Par contre, les structures de fonctionnement actuelles de ces réseaux ne semblent pas fonctionner de manière optimale et devraient pouvoir être améliorées.

Si la mise en oeuvre du management stratégique permet assez rapidement de développer une stratégie interne, l'hôpital ne pourra réellement répondre à ses finalités de service public qu'avec l'implication des pouvoirs publics.

Pour que l'hôpital soit performant par rapport à cette mission, il doit acquérir des marges de manoeuvres. Celles-ci lui procureront une réelle autonomie et une politique d'investissement sans crainte de mesures de rationalisation successives de la part des tutelles.

Ce volant de stabilité et d'autonomie donnerait à l'hôpital la possibilité de mettre en oeuvre des méthodes de management stratégique au-delà d'une gestion des dépenses courantes et d'une gestion de sa carence.

Les stades 1 et 2 de la typologie de Th. MARX pourrait alors probablement être dépassés (requalification du personnel dans les sens décrit par A. MARTINET, innovation des activités par une utilisation des fruits d'une gestion opérationnelle saine, émulation de projets neufs par l'entretien d'une dynamique de compétitivité, allocation dynamique de ressources du fait d'une autonomie retrouvée, ...).

Nous croyons également que, plus dans le secteur de la santé que dans les services en général, la mise en oeuvre d'un modèle de management par la Qualité Totale constitue un point d'entrée à la mise en place du management stratégique.

Notre propos n'est pas celui des normes d'assurance Qualité, mais bien celui d'un modèle proche de celui de l'EFQM.

Le stade de maturité atteint par les hôpitaux universitaires en matière de développement des démarches stratégiques semble encore être celui de la "programmation financière" décrite par D. PAUL . Cela n'autorise cependant pas l'hôpital à maintenir une approche de type "produit" par laquelle il n'intégrerait pas les évolutions des besoins et des attentes de la société. Les patients et les médecins de famille semblent pousser le mouvement en accordant de plus en plus d'importance à la qualité relative et aux attributs des services secondaires.

Par la mise en place d'une stratégie interne de gestion de sa qualité, l'hôpital induira également une stratégie externe et acquerra entre autres, un pouvoir supplémentaire de négociation avec les tutelles (crédibilité renforcée du fait de l'application de normes universellement reconnues).

VI. 2. Les hypothèses validées par nos recherches

Les modes de régulation actuels contraignent les hôpitaux à des adaptations continues aux réglementations et règles de financement.

De même, les tutelles semblent présenter une inertie trop importante, lorsqu'elles doivent prendre une décision en matière de développement de projets d'investissements.

Pour se libérer de ces carcans, les hôpitaux souhaitent se créer des marges de manoeuvre, en augmentant le contrôle des segments de marché présentant encore une certaine élasticité.

Les pratiques de segmentation garantissant néanmoins l'accessibilité aux soins pour tous prennent le relais du management des pouvoirs de monopole. Cette évolution devrait être sans retour, d'autant que nous connaissons une période de contraction du cycle économique et de rationalisation des dépenses de santé de la part des tutelles.

Le management stratégique présente donc une solution très actuelle pour permettre aux hôpitaux de surmonter leurs difficultés financières.
Cependant, la situation de concurrence parfaite est refoulée au profit d'une recherche de différenciation. La présentation d'une offre complète au travers de réseaux associés à un hôpital universitaire serait une des voies possibles de différenciation des structures, tout en gardant une cohérence d'ensemble.

La gestion de l'innovation et de la qualité, le maintien de l'accessibilité aux soins et la gestion opérationnelle des activités présentant une certaine carence

sont autant d'initiatives à promouvoir.

La recherche positive effectuée par OMACHON aux Etats-Unis présente donc un intérêt immédiat pour l'amélioration de la performance des hôpitaux (validité des conclusions du PIMS).

Complémentairement aux approches de la politique de santé par les coûts (DRG, ...), la négociation de contrats d'objectifs avec les tutelles, sur base de plans pluriannuels semble répondre aux préoccupations des gestionnaires hospitaliers.

Les structures d'organisation actuelles ne semblent pas toujours adaptées au développement des projets institutionnels. Les doubles structures distinguant les professionnels des gestionnaires ne favorisent pas le partage des priorités médicales. La mise en place de comités mixtes devrait améliorer la qualité des décisions stratégiques.

Les crises d'origine exogène sont plus subies qu'anticipées. Une stratégie interne passe probablement par un recentrage sur les attitudes et les besoins des "clients". Les services de gestion devraient pouvoir intégrer des données qualitatives de suivi des attentes des patients, des médecins prescripteurs et des autres parties prenantes (tutelles, tiers payants, fournisseurs, université, structures de soins situées en amont ou en aval de l'hôpital, ...)

Pour permettre une approche pro-active, les données opérationnelles telles que les carences, les études épidémiologiques, les évolutions des attentes des patients, les nouveaux besoins des médecins prescripteurs, ... devraient être analysées plus systématiquement (tous les 5 ans, à l'occasion de l'élaboration d'un

nouveau plan stratégique, par exemple).

Les professionnels attendent ce service de la part des technostructures de contrôle de gestion. Les données purement financières et quantitatives ne suffisent plus.

Comme l'affirme H. MINTZBERG, les professionnels sont très préoccupés par leurs responsabilités individuelles et par la relation avec le "client". Par contre, les gestionnaires souhaitent une approche plus institutionnelle et le développement d'une gestion pluriannuelle. Deux logiques complémentaires semblent coexister et gagneraient à se conjuguer davantage par la mise en place de lieux d'échange.

L'initiative de mise en place d'équipes transversales et inter-fonctionnelles sera donc suscitée par ces services en "staff". Le "sommet stratégique" sera un acteur-clé dans la concrétisation d'une rupture avec les règles et les pouvoirs existants au sein de l'hôpital. Pour améliorer ses performances de façon durable sur le long terme et gérer ses mutations internes, l'hôpital aura besoin de services en "staff" aux compétences complémentaires qu'il mettra au service des professionnels (équipes médicales et gestionnaires pour comprendre les langages spécifiques des professionnels et des gestionnaires en application de la théorie de l'agence).

Pour les gestionnaires et les professionnels, les objectifs de spécialisation des activités sont une réponse aux politiques actuelles de financement adoptées par les tutelles. L'adaptation des dotations par services homogènes (GHAS, par exemple) irait également dans le sens du développement de la politique des "produits/marchés" de l'hôpital (cfr. analyses factorielles).

Comme l'affirment M. CREMADES et F. GRATEAU, les tutelles risquent d'être placées en porte-à-faux si elles ne font pas évoluer leur mode de planification pour se donner une vision globale et mieux structurer le système de santé. A défaut, le système de santé se structurera en fonction des stratégies développées par ses acteurs (hôpitaux, tiers- payants, médecins prescripteurs, réseaux associés aux hôpitaux universitaires, ...). Les tutelles risquent donc de se faire gérer par une "main invisible" (sens défini par CHANDLER), si elles n'intègrent pas à leur niveau les démarches entreprises par les structures de soins.

Une approche plus déterministe, par laquelle les tutelles s'engageraient au travers d'un processus de management stimulerait les initiatives, les innovations et la réponse aux évolutions des besoins épidémiologiques et sociaux.

Les observations de D. PAUL semblent se vérifier au sein des hôpitaux. En effet, il a démontré que les entreprises qui en sont au premier stade de la culture stratégique et qui souhaitent développer certains produits/marchés en viennent assez rapidement à utiliser des démarches marquées par la programmation financière. (Prévision des volumes par des extrapolations, fixation d'objectifs financiers de rentabilité, développement de plans tirant le meilleur parti de l'existant sur base des écarts opérationnels et non stratégiques, consolidation de plans sous forme financière). Ces approches correspondent souvent à des manoeuvres d'expansion sans recréation du potentiel de l'entreprise (réinvestissement continu, innovation des technologies et des procédures, innovation des modes de gestion pour une amélioration des processus, adaptation des structures, requalification du personnel, ...). Une gestion opérationnelle saine permet le maintien de l'équilibre budgétaire et le développement de ce potentiel.

Les tutelles pourraient renforcer leur rôle d'éducation de la population pour encourager les efforts d'auto-protection. Les modèles économétriques développés suite aux enquêtes réalisées par l'INSEE démontrent une propension à consommer des services dont le ticket modérateur est élevé pour les personnes disposant d'assurances complémentaires facultatives (soit les personnes à revenus élevés). Le maintien d'un bon état sanitaire de la population procurant collectivement des bénéfices est de la responsabilité des tutelles. Elles doivent pouvoir intégrer les évolutions des rapports coûts/efficacité des nouvelles procédures diagnostiques et thérapeutiques. La neutralisation des biais d'amoralité par l'ajustement de certaines tarifications doit également être une préoccupation permanente des tutelles et faire partie du système de pilotage de la politique de santé.

Tant pour des raisons sociales qu'en fonction des mutations des modes de management des hôpitaux, les tutelles devraient établir des relations de partenariat avec les différentes structures du système de santé et les hôpitaux universitaires en particulier.

Pour faire face aux évolutions attendues du mode de management des hôpitaux universitaires, tant par les gestionnaires que les professionnels, le management par la qualité totale et la gestion budgétaire semblent rencontrer une large adhésion. Ces modes de management permettront probablement d'orienter plus rapidement l'hôpital vers la finalité sociétale que ne le ferait une approche marquée par la "programmation financière".

En conséquence, nous pouvons confirmer les hypothèses suivantes : (titre des hypothèses énumérées au Chap. IV).

1°) Eléments exogènes :

- le management stratégique complète la gestion des pouvoirs de monopole
- concentration sur le métier
- influence des initiatives du secteur
- les méthodes d'analyse stratégique utilisent des données structurées et des informations mosaïques
- nécessité d'une cohérence entre le mètre-étalon de l'évaluation des performances et la politique de Santé publique.

2°) Eléments endogènes :

- dispositions pratiques pour la flexibilité
- indicateurs donnant des possibilités d'action
- création d'une vision partagée
- le processus d'évolution des stades de maturité du management stratégique décrit par Th. MARX
- cohérence des structures et des objectifs
- acteurs des innovations manageriales
- gestion des innovations
- processus de déploiement du management stratégique
- réflexion stratégique en comité multidisciplinaire
- l'optique "produit" est encore dominante
- financement complémentaire des nouveaux développements stratégiques
- management participatif et management stratégique.

Les hypothèses n'ayant pas pu être validées dans le cadre de notre recherche sont :

1°) Eléments exogènes :

- contrôle par la volonté manageriale versus par la contrainte

2°) Eléments endogènes :

- focalisation de l'hôpital sur ses métiers
- résilience et adéquation des stratégies internes au service des stratégies externes
- cohésion et stabilité des équipes de décision
- synergies hôpital/université pour un hôpital universitaire
- coexistence de deux modes de contrôle organisationnel
- adaptation à l'environnement versus attitude de repli.

D'autres recherches hypothético-déductives ou positives longitudinales et transversales seraient encore nécessaires. Les éléments recueillis ou les recherches positives auxquelles nous nous sommes référés ne nous fournissent pas les éléments de réponses scientifiquement satisfaisants pour confirmer les dernières hypothèses.

VI. 3. Eléments du modèle de management stratégique proposé pour l'hôpital universitaire

a) Composition et missions du sommet stratégique

Compte tenu des hypothèses déjà validées, nous croyons que le "sommet stratégique" devrait fonctionner de la manière suivante : une des premières missions du "sommet stratégique" consiste à définir le sens de l'action collective. Le consensus s'appuiera sur une analyse du contexte dans lequel l'hôpital est appelé à exercer sa mission. Il aura une influence sur cet environnement dans le respect d'une justice des rapports sociaux. Tout contresens sur la vocation de l'hôpital hypothèque les choix stratégiques ultérieurs.

Cette vocation sera en harmonie avec l'histoire, la culture et les métiers de l'organisation (33).

Les finalités confirmées par notre enquête peuvent servir de guide, mais seront spécifiées pour l'hôpital en fonction des sensibilités et des représentations du "sommet stratégique".

Pour rappel, les gestionnaires comme les professionnels qui se sont exprimés lors de notre enquête considèrent que les finalités poursuivies par l'hôpital comprendront :

- la collaboration dans une filière de soins en visant l'amélioration des états de santé de la population de sa zone géographique d'attraction et une réduction des coûts de la Santé publique pour la population (par pathologie, par exemple).

- le respect d'un rôle spécifique dans cette filière de soins
- la limitation du niveau des coûts à supporter par les patients à certains seuils acceptables pour la société et le respect de certaines normes de qualité
- l'acquisition d'une certaine autonomie de gestion et l'optimisation des surplus financiers, dans les limites des ressources humaines et des installations dont dispose l'hôpital.

Le "sommet stratégique" intégrera nécessairement les deux logiques principales en présence dans l'hôpital :
- les professionnels
- les gestionnaires.

Comme le décrivent Y. ALLAIRE et M.E. FIRSIROTU, dans le cas de l'hôpital universitaire, les différences de connaissances des composantes des métiers et des informations entre les gestionnaires et les professionnels induisent un style de management stratégique établi avec les opérationnels et basé sur des éléments chiffrés.

Le "sommet stratégique" coordonnera des réflexions décentralisées où l'on retrouvera de petits groupes composés de professionnels et de gestionnaires provenant d'une équipe en "staff".

Pour éviter que ne s'installent des forces centrifuges, les changements seront centrés sur les besoins des clients :
- patients
- médecins de famille
- structures intégrées au réseau
- université

- tutelles

- tiers payants

- ....

Ces besoins seront analysés par les outils préconisés tout au long de la procédure de management stratégique reprise ci-après. Ils seront exprimés tantôt de manière quantitative, tantôt de manière qualitative. Les réflexions systématiques pourraient être organisées tous les 5 ans, alors que des contrôles restreints de réalisation des plans pluri-annuels seraient validés annuellement par le "sommet stratégique" et discutés avec les reponsables de départements pour opérer les ajustements nécessaires.

Pour que ce type de démarche puisse s'implanter et être intégré par les professionnels et les gestionnaires, une évolution des logiques manageriales sera nécessaire.

Il s'agit d'effectuer le saut conceptuel et de vaincre les résistances au changement dont parle Th. MARX : passer de l'optique produit et de l'allocation statique des moyens à une optique plus entrepreneuriale de gestion dynamique de projets institutionnels.

Il est donc nécessaire de sortir des schémas "routiniers" pour engager des changements, tant par des innovations dans l'organisation que par le développement de nouvelles attitudes de la part du personnel. Par contre, les innovations technologiques sont des aspects plus classiques des changements au sein des hôpitaux universitaires.

Ces mutations exigent de nouvelles capacités de leadership de la part du sommet stratégique et des équipes. Compte tenu des mécanismes de changement décrits par M. CROZIER, des actions de formation ou d'encadrement par des compétences en staff ou des conseils extérieurs seront nécessaires pour susciter ces mutations.

Cela rencontrera également les priorités d'amélioration exprimées lors de l'enquête auprès des Dirigeants professionnels et gestionnaires à savoir (questions dichotomiques du questionnaire) :

- recentrer les activités médicales en fonction des priorités d'un plan à moyen terme
- améliorer la cohésion des équipes de management
- développer la sensibilité des médecins et non-médecins aux besoins des clients.

Différentes méthodes d'analyse et de fixation des orientations stratégiques de l'hôpital universitaire peuvent d'ores et déjà être préconisées sur base des observations effectuées. Ces propositions vont au-delà des approches hypothético-déductives et constituent une contribution à la modélisation du management stratégique, compte tenu du contexte actuel dans lequel se trouvent les échantillons des hôpitaux que nous avons analysés.

Alors que le "sommet stratégique" constitue cet espace interne organisé pour la construction de la finalité de l'hôpital, des plans d'actions concrets doivent être élaborés pour la mettre en oeuvre.

Ces plans ne viseront pas uniquement une adaptation de l'hôpital universitaire à ses marchés, mais viseront également à développer une politique d'innovation en termes d'activité et d'amélioration des processus.

Les pièges cités par I. ADIZES, lorsqu'il décrit les stades de disparition des organisations pourront ainsi être évités. En effet, **face aux restrictions financières, l'hôpital universitaire pourrait avoir tendance à se figer sur son passé et à s'obséder sur une augmentation de ses prix et sur son contrôle opérationnel.** Il entrerait ainsi dans le cercle vicieux décrit dans l'analogie biologique des cycles de vie des organisations.

Une phase de diagnostic sera donc indispensable pour permettre un ciblage correct des activités à développer et pour lesquelles l'hôpital réservera les quelques moyens dont il dispose.

Le diagnostic opérationnel des activités proposé intègre nécessairement l'aptitude de l'hôpital à gérer ses coûts par pathologies.

Il permet également d'aborder la situation de l'hôpital de façon pro-active, en mettant en évidence, à l'aide d'informations structurées (comptabilité analytique), les activités contenant un potentiel. **Cette méthode structurée représente une source d'information factuelle, permettant de valider les réflexions menées par les équipes de projet et le "sommet stratégique".** En combinant ces deux sources d'informations, l'hôpital améliore également la qualité de ses décisions stratégiques.

Le succès à long terme dépend de la capacité de l'hôpital universitaire à répondre aux demandes des différents intervenants du système de soins dans lequel il s'inscrit. Une stratégie externe d'alliance dans un réseau de structures de soins permettra de disposer des complémentarités indispensables qui ne répondent pas nécessairement aux finalités de l'hôpital universitaires pris isolément.

La prise en compte des attentes des tutelles, des tiers-payants, des patients, des médecins de famille, des structures de soins en amont et en aval de l'hôpital universitaire exigeront la mise en place de programmes d'amélioration des processus et protocoles de prise en charge des patients. Ces programmes intègreront les différentes exigences en termes de qualité des soins ou de développement des attributs de services secondaires des produits/marchés. **Pour apporter une réponse suffisamment fine à toutes ces attentes, une certaine segmentation des activités de l'hôpital sera nécessaire. Elle permettra de réaliser les ajustements et de gérer les phénomènes de carence**. Cette amélioration de la gestion opérationnelle permettra, à son tour, de dégager des ressources financières pouvant être mises au service du développement des potentiels humains, technologiques et d'amélioration des processus.

Comme nous le voyons, il s'agit d'enclencher un processus inverse à celui décrit pas ADIZES.

b) Synthèse des observations et considérations pratiques

En combinant ces analyses aux résultats d'autres recherches auxquelles nous nous sommes référés, nous pouvons décrire les évolutions des états de l'environnement hospitalier de la façon suivante :

1°) Contexte managerial de l'hôpital

- Développement d'un esprit entrepreneurial tant parmi les médecins que les gestionnaires hospitaliers (souci de réorienter les activités sur base d'objectifs issus d'un projet d'entreprise commun pour l'hôpital, attente d'outils et de méthodes de gestion orientés vers le long terme en doublant les critères économiques par des analyses qualitatives multi-critères des activités, connaissance de la perception des patients, acquisition d'une autonomie de gestion permettant d'organiser les plans d'investissements indispensables en fonction d'options de spécialisation négociées avec les tutelles, ...)
- Souhait d'un développement du partenariat au sein de réseaux composés d'hôpitaux universitaires et généraux (partage des ressources et compétences, différenciation et spécialisation possible des services accessibles aux patients, transfert des innovations issues des recherches menées par les hôpitaux universitaires, recentrage des activités de chaque hôpital par l'élaboration de projets d'entreprises par hôpital, ...)
- Nécessité d'instaurer des organes de coordination entre les médecins et gestionnaires au sein des hôpitaux en vue d'améliorer la qualité des décisions prises.
- Besoin de développement des systèmes d'informations utiles à la prise de décisions stratégiques : données épidémiologiques, identification des spécialisa-

tions de l'hôpital présentant un phénomène de carence, connaissance des perceptions des patients et des médecins de famille, connaissance des efficacités relatives des innovations technologiques, nouvelles attentes des médecins de famille face aux développements des alternatives à l'hospitalisation, ...

- Conviction des médecins et gestionnaires hospitaliers du fait que la gestion de la qualité (par l'approche par les résultats et les facteurs de résultats selon le modèle EFQM) contribue à l'implantation du management stratégique.
- Globalement, les pratiques du management stratégique en sont au stade de la programmation financière (soit premier stade de typologies en 4 phases développées par Th. MARX).

2°) Les attitudes des patients à l'égard de l'hôpital

- Quels que soient les services (hospitalisations ou ambulatoires), détermination par les patients et les médecins de famille de leur choix vis-à-vis de l'hôpital, sur base des attributs de service secondaires et selon la manière dont le service de base est produit plutôt que sur base de la prestation technique proprement dite (soit : les dispositions prises pour assurer la qualité des relations, la sécurisation des patients, le confort, l'organisation des équipes d'intervenants de soins, le suivi des contacts avec le médecin de famille). De plus, le patient, les membres de sa famille et le médecin traitant ne jugent pas isolément les médecins hospitaliers, mais la fonction et le service global perçus à leur niveau.
- La compétence et le professionnalisme des médecins caractérisent l'hôpital universitaire. Ce présupposé fait partie des attributs de base du service universitaire. Le maintien de ces niveaux de spécialisation semble aller de soi et le pa-

tient déterminera également son choix entre deux hôpitaux universitaires sur base des attributs secondaires.

- En ce qui concerne les services d'hospitalisation, les patients sont également à l'origine de la formation des attitudes positives ou négatives des médecins de famille et de la population générale à l'égard de l'hôpital. De plus, les médecins de famille seraient à l'origine de près de la moitié des hospitalisations dans les hôpitaux généraux.
- Lors du choix du centre hospitalier général local, la distance est de moins en moins une barrière et la qualité de service devient le critère prioritaire. Le caractère privé ou public de l'hôpital est un argument qui intervient de moins en moins dans la formation des attitudes des patients.

3°) Les innovations

Compte tenu de l'accélération des innovations technologiques, la gestion de l'innovation est complémentaire à une approche centrée sur les besoins des patients. Les progrès techniques accélèrent l'obsolescence des produits et provoquent une remise en cause rapide des métiers. La préférence pour des stratégies d'adaptation des services aux attentes des patients tend à diminuer la propension de l'hôpital à innover. OMACHON démontre que, lorsque l'hôpital se trouve dans un environnement concurrentiel où les pouvoirs de monopole sont très réduits, plus il recherche un indice de qualité élevé et mieux doivent être ciblés les investissements en termes d'innovation (comprenant : les technologies, les compétences et l'organisation).

L'évolution des technologies accélère le développement des secteurs ambulatoires et intermédiaires au détriment des secteurs institutionnels, tels que les homes médicalisés, l'hospitalisation ou les établissements médico-éducatifs.

L'augmentation du nombre de sous-secteurs induit un renforcement de la concurrence naturelle entre les services traditionnels et les services nouveaux. Les évolutions en termes de management de l'innovation et des pouvoirs stratégiques s'accompagnent d'évolutions des styles de management et des modes d'organisation.

En effet, A. Ch. MARTINET définit l'organisation durablement performante (*) comme celle capable de recréer en permanence son potentiel de performance (qualité de service et spécialisation par l'innovation), tout en exploitant ce potentiel de manière optimale par une gestion opérationnelle efficace.

4°) Les finalités de l'hôpital telles qu'exprimées lors de notre enquête

- Collaborer dans une filière de soins, dans le but d'améliorer les états de santé de la population et réduire les coûts de la santé publique pour la collectivité par l'utilisation des structures les plus adéquates (respect d'un rôle spécifique pour chaque structure du système de soins)
- Accroître l'activité marginale de l'hôpital, tout en préservant l'accessibilité aux soins pour tous.

(*) La performance pouvant correspondre à la capacité à réaliser sa mission de service spécialisé dans une optique de service collectif. Une mesure multi-critères telle qu'expérimentée en région parisienne au travers de la méthode des groupes homogènes de service ne se limite pas à une approche par les résultats, mais intègre les facteurs de résultats. Cette initiative semble une piste cohérente avec le modèles d'auto-évaluation utilisés par l'EFQM.

- Limiter les coûts que doivent supporter les patients à des seuils acceptables pour la société, respecter des normes de qualité, optimiser ses surplus financiers, compte-tenu des ressources humaines disponibles.

Les médecins et gestionnaires interrogés rejettent catégoriquement le développement d'activités commerciales par l'hôpital (commercialisation des résultats de recherches médicales, d'activités de formations, de services de restauration, appel au sponsoring pour des projets d'investissements).

5°) Contexte économique et politique :

- Corrélation inverse entre la part du financement public de la dépense de santé et son rythme d'évolution. Nous observons également une perte du contrôle des comportements de demande et d'offre de soins, lorsque la sécurité sociale ne se trouve plus en situation de monopole. Cette situation se rencontre surtout dans les activités pour lesquelles certaines catégories de patients bénéficient d'assurances complémentaires facultatives.
- A sexe et âge comparables, la propension du recours aux services ambulatoires et les fréquences d'hospitalisation suivent la hiérarchie sociale. Les différences de comportement et les écarts réels de morbidité entre milieux sociaux seraient deux hypothèses explicatives vraisemblables des écarts enregistrés dans les fréquences d'hospitalisation (développement des comportements de "risque moral", lorsque des couvertures sociales complémentaires facultatives sont distribuées, élasticité de la consommation de la médecine de ville supérieure à l'unité par rapport au revenu, ...)

- Importance croissante des styles de vie et des facteurs bio-médicaux et d'environnement dans les évolutions des états de santé (évolutions des modes d'alimentation, vieillissement de la population, facteurs physico-chimiques de l'environnement, contexte social et psychologique, ...).

  Ces évolutions sont généralement multi-factorielles et permettent l'action conditionnelle ou opportuniste de facteurs pathogènes commensaux. Nous assistons, du même fait, à une augmentation du degré de complexité auquel doit faire face l'hôpital.
- Manque d'autonomie de décision perçu par les médecins et les gestionnaires, tant en ce qui concerne les hôpitaux publics que privés en France et en Belgique. Cette situation serait associée à la multiplication des contrôles et rigidités administratifs imposés par les tutelles.
- Manque d'harmonisation des règles de financement perçu en fonction des différents statuts juridiques des hôpitaux.
- Attente de plus de stabilité des politiques menées en matière de financement et réduction de l'inertie des tutelles lors de la prise de décision en matière de financement des projets novateurs présentés par l'hôpital.
- Perception d'un risque de réduction de l'accessibilité aux soins pour tous si les participations financières demandées aux patients étaient adaptées sur base de pratiques de segmentation (par exemple à partir des catégories socio-professionnelles). Cependant, la segmentation des activités par les pathologies semble utile pour la mise en oeuvre de la politique "produit" de l'hôpital.

6°) Représentation du management stratégique exprimée lors de notre enquête

- Mise en oeuvre du financement par groupes homogènes de patients et par pathologies avec une adaptation des quotes-parts à charge des patients par segments patients/pathologies
- Mise en oeuvre de l'assurance qualité (processus de soins, satisfaction des patients dans un souci d'amélioration de la perception externe de l'organisation et de ses produits, ...)
- Développement de réseaux entre hôpitaux universitaires et hôpitaux généraux
- Recentrage de l'hôpital sur ses activités prioritaires (utiliser une structure en réseau pour référer les patients ne faisant pas partie des pathologies prioritaires de l'hôpital, disposer de structures de formation et de recherche pour ces pathologies traitées par les hôpitaux généraux, assurer le transfert des innovations entre l'hôpital universitaire et les hôpitaux généraux, ...)
- Identification des choix d'activités adoptés par les hôpitaux de la même zone géographique d'attraction (locale, régionale, nationale ou internationale, en fonction du degré de spécialisation).
- Politique de développement des activités basées sur les prévisions (analyses épidémiologiques, identification des activités présentant une carence, techniques diagnostiques et thérapeutiques à développer pour répondre aux besoins identifiés, ...).

Cette représentation situe les hôpitaux interrogés dans une phase de programmation financière et d'approche "produit" du management stratégique. Tant Th. MARX de l'Université de Détroit que les travaux de D. PAUL de l'Université

de Paris situent ce type de management dans une phase émergente du management stratégique. Le passage à l'élaboration d'un projet pluri-annuel pourrait être réalisé par la mise en place de la gestion budgétaire et des analyses des écarts opérationnels (amélioration des utilisations des plateaux techniques et des équipements lourds, meilleure productivité des ressources humaines, ...). Cette étape devrait être suivie assez rapidement d'une phase de reconversion des ressources financières ainsi retrouvées pour développer le potentiel de l'hôpital : nouvelles spécialisations médicales, développement de certaines activités, stratégie de réponse à de nouveaux besoins, requalification de certains processus et mise en oeuvre de nouveaux modes de gestion permettant la prise de responsabilités partagées, développement de l'analyse stratégique pour initier les processus de changements, ...

Ces observations nous inspirent quelques réflexions sur base des théories disponibles pour des organisations de professionnels telles que le sont les hôpitaux.

A) Pour être durable, les changements à initier se situent, tant sur le court-terme que sur le moyen-terme :

- mise en place de structures et de méthodes de management opérationnel, de gestion budgétaire, d'amélioration de processus fonctionnels (les achats, la production des plateaux techniques, ...), d'analyse multicritère des attributs de service à renforcer, ...
- utilisation des fruits de cette gestion opérationnelle pour mettre en oeuvre une politique à moyen terme (analyse stratégique, différenciation et spécialisation des activités, réduction des écarts stratégiques par un développement des innovations

diagnostiques ou thérapeutiques, développement des compétences par activités, négociation de nouvelles orientations de recherches avec les tutelles, développement de budgets pluri-annuels, formation des responsables opérationnels médicaux, paramédicaux et gestionnaires pour permettre un management décentralisé, développement des systèmes de veille liés aux produits, services, contraintes juridiques et financières, forces concurrentielles, ...

B) Comme l'affirment Y. ALLAIRE et M.E. FIRSIROTU, le secteur de la santé se situe à la frontière entre les biens et services collectifs et privés. Les choix effectués par les politiques reflètent probablement un compromis entre leur idéologie du moment et du lieu. En période de restriction budgétaire, selon qu'on empêche ceux qui ne voudraient ou ne pourraient pas payer le prix pour avoir accès à ces biens ou services, la classification entre les activités de type collectif ou privé peut devenir plus ou moins perméable. Par conséquent, le secteur peut évoluer d'une logique non-marchande vers une logique marchande ou vice-versa. L'hôpital se voit alors contraint à intégrer des méthodes de l'autre logique en fonction de ces évolutions. Cependant, ces différents styles de management peuvent rester compatibles avec une mission collective, mais nécessitent une adaptation des critères d'évaluation de la performance de l'hôpital, permettant d'intégrer l'ensemble des objectifs à poursuivre. De même, les règles de délégation en vigueur entre les tutelles et les hôpitaux devront considérer ces évolutions et laisser une marge d'autonomie indispensable à ces adaptations. Les objectifs assignés à l'hôpital se multiplient, alors que la mission globale à remplir reste inchangée. L'instauration du management stratégique dans les hôpitaux nécessitera une évolution corrélative des modes de

planification actuels du système de santé. M. CREMADEZ et F. GRATEAU estiment qu'à défaut, les structures de tutelles se placeront elles-mêmes en porte-à-faux. En effet, comme le management stratégique renforce les pouvoirs stratégiques de l'hôpital sur ses segments, les tutelles doivent développer une vision plus globale du système de santé pour mieux le structurer. Les modes de planification reposant sur des données quantitatives, telles que le nombre de lits ou d'actes, limitent le partage des infrastructures et freinent la diversification des formes d'hospitalisation. De même, des notions telles que les durées moyennes de séjour ne tiennent pas compte des changements de la pratique médicale, de l'évolution des pathologies, des changements des caractéristiques de la population prise en charge, des facteurs organisationnels d'amélioration des processus de soins, des technologies dont dispose l'hôpital, des fonctions auxiliaires d'enseignement, ...

C) Bien que les processus d'autorégulation développés par les tutelles et les hôpitaux s'établissent au départ d'une situation socio-économique que personne n'a choisie, ni n'a le pouvoir de modifier intégralement, ils doivent nous libérer des rationalités instrumentales habituelles et trouver leur sens dans les finalités de la politique de santé publique ou du projet d'entreprise de l'hôpital. Comme le précise M. MAESSCHALCK, l'action en vue d'une finalité ne peut exister que s'il y a une parfaite compréhension de celle-ci. Ch. BARNARD définit également les déterminants de l'action d'un groupe structuré par l'existence de buts communs, la présence d'un système de communication et d'échange d'informations et une volonté commune de coopération.

Les modèles des cycles de vie des organisations nous apprennent qu'une trop longue

période de réduction des budgets de développement au profit d'une action centrée uniquement sur la réduction des coûts et l'augmentation des contributions demandées aux patients induit un cercle vicieux générant des conflits internes plutôt qu'une mise en commun des talents au service du développement de projets. L'esprit d'équipe peut se dissiper au profit de règlements et de procédures rigides. La flexibilité d'adaptation nécessaire peut s'avérer insuffisante.

La détermination des innovations qui permettront à l'hôpital de se développer, tout en utilisant les ressources dont il dispose, s'appuie sur un travail collectif d'analyse. Des choix consensuels sont nécessaires pour déterminer entre médecins les spécialisations pouvant être développées et les investissements à réaliser. Cependant, cette approche "produit" ne suffit plus. Elle s'accompagne d'une amélioration du service et de l'organisation pour intégrer les perceptions réelles des patients ainsi que les contraintes externes. L'amélioration de l'attitude des patients qui en découlera lui permettra des développements d'activités nécessaires à l'amortissement des investissements ainsi réalisés.

De même, les informations collectées par pathologie intégreront des facteurs qualitatifs multi-critères : qualité des soins et respect de règles de bonne pratique, facteurs déterminant dans la formation de l'attitude des patients vis-à-vis des services offerts par l'hôpital, ...

De tels outils de gestion sont utilisés de manière décentralisée. OUCHI les préconise lorsque, comme pour les médecins, les tâches sont difficilement programmables et doivent intégrer des paramètres de comportements opérationnels. L'analyse de la performance uniquement fondée sur une approche par les résultats quantitatifs n'est plus suffisante. Elle reste cependant indispensable de manière centralisée pour assurer

les contrôles sur les résultats de la "production". Ces derniers portent généralement sur les taux d'utilisation positive ou négative des ressources disponibles (sur-consommation ou sous-utilisation).

D) Les structures hiérarchiques distinguent régulièrement la structure médicale de celle du personnel paramédical et administratif. Notre enquête confirme une certaine insatisfaction des médecins à l'égard d'un manque d'implications dans les processus de prise de décision. MINTZBERG caractérise les hôpitaux d'organisations de professionnels où les choix stratégiques doivent s'établir sur les options et avis des professionnels et permettre la mise en commun des idées individuelles. Les relations de travail sont très inter-individuelles au sein de petites équipes constituées par les spécialistes. Dans un tel cas de figure, les différentes recherches en gestion nous recommandent plusieurs voies de progrès :

- intégration des professionnels dans les organes de décision, afin de traiter rapidement les conflits entre départements spécialisés. Un équilibre de compétences pour les différentes fonctions de base du management sera réalisé pour une prise en compte des aspects de "production" et d'innovation, des questions financières, de la gestion des compétences et des ressources humaines et des facteurs d'adaptation de l'hôpital aux besoins des patients.
- gestion des programmes de recherche par les méthodologies de gestion de projet et utilisation d'outils de décision limitant la formalisation (méthodes multi-critères versus outils de modélisation trop élaborés). L'association Directions/chercheurs pour la prise de décision permettra l'intégration des orientations stratégiques et des contraintes budgétaires dans un contrat de confiance mutuel.

- gestion des changements en fédérant le personnel sur base des évolutions des besoins(épidémiologie, perception des patients, ...)
- implication des centres opérationnels pour permettre un style de management stratégique et opérationnel décentralisé
- disponibilité d'experts situés hors des structures hiérarchiques et se mettant au service de celles-ci pour les conseiller, pour "mettre en routine" le management stratégique en se chargeant des travaux d'analyse et pour contribuer à la gestion des projets de changement multi-divisionnels et collectifs.
- .....

E) Comme l'affirme J. MELESE, dans un environnement complexe, lorsque toutes les variables sont commandées de l'extérieur, aucune organisation originale ne peut se développer et les projets individuels ne peuvent émerger. Une certaine autonomie de gestion est nécessaire vis-à-vis de l'extérieur pour que l'hôpital développe un projet d'entreprise cohérent.

La réalisation d'une mission collective répondant aux finalités de l'hôpital naîtra d'un partenariat réel entre les tutelles et les hôpitaux. Pour D. GENELOT, en univers complexe où des logiques très diverses s'entremêlent, la pensée doit se complexifier pour appréhender les situations et mieux piloter les organisations. Cela signifie, par exemple, que des lieux de concertation doivent exister avec les tutelles ainsi qu'à l'intérieur de l'hôpital. E. MORIN nous invite à réunir les logiques différentes en présence, en les mettant au service de projets concrets plutôt que de les disjoindre comme nos cultures cartésiennes nous y amènent trop souvent. Cette façon multidimensionnelle de traiter les problèmes en joignant les logiques des profession-

nels et des gestionnaires entre elles sera un acte de stratégie interne ou externe voulu. Comme l'affirme D. GENELOT, cela devra nécessairement être organisé pour aboutir, puisque la pensée humaine, dans sa spontanéité simplificatrice, pratique naturellement l'exclusion des logiques entre elles.

En conclusion, un des cheminements possibles pour la mise en place d'un processus d'analyse et de fixation de plans stratégiques quinquennaux pourrait être le suivant :

1. Composition du sommet stratégique (5 à 8 professionnels et gestionnaires maîtrisant les indicateurs quantitatifs et qualitatifs, ainsi que la méthode de gestion des projets de changement). La formalisation des finalités de l'hôpital est une des responsabilités de ce sommet stratégique.
2. Composition d'équipes de projet par grands départements et identification des variables socio-économiques par pathologie, mise en évidence des forces concurrentielles, des menaces et opportunités (test de Perlmutter, données épidémiologiques, contraintes réglementaires et financières, mesure des phénomènes de carence par pathologie, veille technologique et pharmacologique, matrices d'attractivité/compétitivité, détermination des activités à développer ou à abandonner par un diagnostic opérationnel interne (cfr. M. GODET), détermination des attributs de service à développer par segment d'activité via une analyse multi-critères, ...

3. Consolidation de ces analyses par le sommet stratégique afin de les valider par rapport aux finalités de l'hôpital et de s'assurer de la complémentarité entre les projets des différents secteurs.
4. Formalisation des buts à 5 ans et identification des ressources et compétences nécessaires pour réduire les écarts stratégiques mis en évidence.
5. Planification opérationnelle : définition des plans annuels détaillés, analyse de la faisabilité financière, négociation avec les tutelles pour les projets d'innovation, élaboration des budgets d'investissements (d'innovation technique, d'amélioration des processus, de développement des potentiels humains, ...)
6. Pilotage des plans d'actions annuels pour les équipes de projets des différents secteurs et supervision semestrielle des projets par le sommet stratégique (utilisation d'outils qualitatifs et quantitatifs d'évaluation des projets)

Les différents outils cités ci-dessus ont démontré leur efficacité opérationnelle dans les faits et sont en partie appliqués dans quelques grands hôpitaux européens.

Comme le démontre I. ADIZES, il ne suffit pas d'attribuer les évolutions de l'environnement hospitalier à des forces extérieures : gouvernements, concurrents, ..., mais d'établir un diagnostic et de procéder à la mise en oeuvre d'un projet d'entreprise adapté pour l'hôpital. Enfin, une telle approche est orientée sur l'action plutôt que sur l'explication de la réalité. Elle permet à l'hôpital d'avoir une action sur certaines variables qui ne sont pas encore commandées de l'extérieur et de développer des projets originaux en vertu des principes émis en E) par J. MELESE.

Si l'hôpital universitaire décide de développer un réseau intégrant d'autres structures, les parties prenantes devraient également participer à l'élaboration des finalités globales de ce nouvel ensemble. En vertu de la théorie de l'agence, les relations contractuelles seraient établies au départ de l'hôpital universitaire. Cependant, comme le précisent les personnes que nous avons interrogées, ce type de projet nécessite un véritable partenariat et une réelle transparence dans la circulation de l'information. Ces préoccupations correspondent d'ailleurs aux déterminants de l'action d'un groupe tels qu'ils sont décrits par Ch. BARNARD en C.

I. ADIZES nous apprend également que ces réseaux doivent servir au redéploiement d'un projet collectif pour que de nouvelles marges de manoeuvre se créent. S'ils ne servent qu'à maintenir les règles d'autorégulation existantes, ils ne permettront pas d'éviter un démembrement de certaines structures de soins. J. HOUSSIAUX nous apprend que, pour éviter le démembrement de certaines structures de soins, indispensables en termes de santé publique, une régulation tarifaire et le maintien de certains pouvoirs de monopole sont indispensables. Les finalités d'un secteur de service collectif comme celui des hôpitaux exigeront donc le maintien de certains pouvoirs de monopole. Les réseaux constitués de structures complémentaires représentent, en quelque sorte, une prise en main de la situation par le secteur. Cela devrait également permettre la mise en place de mécanismes de financement et de régulation plus adaptés aux défis à lever. Pour cela, comme le préconisent M. CREMADEZ et F. GRATEAU, des liens privilégiés seront tissés avec les tutelles et les organismes de financement.

Les modalités pratiques de mise en application de nos observations devraient certainement faire l'objet d'une mise en commun avant de devenir effectives dans l'hôpital universitaire en général. Il nous semble, en effet, que la démarche stratégique doit démarrer à ce stade, avant de pouvoir s'intégrer au niveau de la complexification du réseau.

Compte tenu des mécanismes de changements décrits par M. CROZIER, des actions de formation ou d'encadrement par des compétences situées hors des structures hiérarchiques ou par des conseils extérieurs seront nécessaires pour susciter les changements des logiques managériales. De cette façon, les mutations pourront être limitées dans le temps, ce qui évitera un essoufflement du personnel, tout en assurant un changement durable.

L'évolution des pratiques du management stratégique vers la phase suivante nécessitera la mise au point de méthodes plus approfondies d'analyse des environnements concurrentiels et de gestion des innovations par de nouvelles formes de partenariat avec les fournisseurs (TH. MARX). Quelles que soient les évolutions futures des processus d'autorégulation développés par les tutelles, les outils de gestion, les systèmes d'information, les procédures et méthodes d'analyse stratégiques qui auront été mis en place par l'hôpital lui auront permis de restaurer ses potentiels actuels et le prépareront à affronter les situations nouvelles qui se présenteront.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

(1) "Contrôle de la gestion stratégique de l'entreprise - approche par les systèmes d'information de B.H.ABTEY et A.VINAY Ed. Clet

(2) "Scanning the business environment" de Francis Joseph AGUILAR , Ed. Mac Millan Company 1967

(3)"Strategic management" de H. Igor ANSOFF, Ed. Mac Millan Press LTD 1979

(4) "Méthode de direction générale - le management stratégique" de R.P. DE-CLERCK, J.P. DEBOURSE et Ch. NAVARRE, Ed. Hommes et Techniques 1983

(5) "Le management stratégique des projets" de R.P. DECLERCK, P. EYMERY, M.A. CRENER, Ed. Hommes et Techniques

(6) "Marketing management" KOTLER - DUBOIS, Ed. Publi- Union 1986

(7) "Le marketing management" de Jean-Jacques LAMBIN, Ed. Mac Graw-Hill 1986

(8) "Système d'information pour le management stratégique de l'entreprise" de Humbert LESCA, Ed. Mac Graw - Hill 1986

(9) "Les organisations" par J.G. MARCH et H.A. SIMON, Ed. Dunod 1964

(10) "La veille technologique, concurrentielle et commerciale", de B. MARTINET et J-M. RIBAULT, Ed. Organisation 1989

(11) "L'information outil de direction" de H. MEYER, ancien directeur scientifique de la CIA, Ed. Les Echos 1990

(12) "The theory of the growth of the firm" par E.T. PENROSE, Oxford-Basil Blackwell 1959

(13) "Mission stratégique de l'Equipe dirigeante" F. PARIS, aux Ed. Dunod Entreprise 1980

(14) "Choix stratégiques et concurrence" de M. PORTER chez Economica 1982

(15) "Les objectifs de l'entreprise" P. SADOC, Paris, PSA

(16) "Le pilotage stratégique de l'entreprise" Marie-Josée AVENIER, Presses du CNRS, 1988

(17) "Approches systémiques des organisations - l'entreprise à complexité humaine" de Jacques MELESE, Editions d'organisation 1990

(18) "L'étreinte du Samouraï - le défi japonais" Dominique NORA, Ed. Calmann -Lévy 1991

(19) "L'empire du commerce levant" Daniel HABERT, Ed. Universitaires à Paris 1974

(20) "Le prix de l'excellence - les secrets des meilleures entreprises" de Thomas PETERS et Robert WATERMANN, Editions Intereditions 1983

(21) "Manager dans la complexité" par D. GENELOT, INSEP Editions 1992

(22) "La théorie du système général" 2 ème édition" par Jean-Louis LE MOIGNE, Editions PUF 1984

(23) "La méthode" par Edgar MORIN, Ed. Le Seuil 1977

(24) "Les machines transformatrices d'énergie" par G. LEMASSON, aux éditions Librairie Delagrave, 1976 Paris

(25) "Le management stratégique des projets" par R.P. DECLERCK, P. EYMERY, M.A. CRENER, aux éditions Hommes et Techniques

(26) "Maîtriser l'information critique" par François JACKOBIACK, aux éditions d'Organisation, 1988

(27) "L'acteur et le système - Les contraintes de l'action collective" par M. CROZIER et E. FRIEDBERG, Ed. du Seuil - 1977

(28) "L'entreprise en mouvement - Conduire et réussir le changement" par B. GROUARD et F. MESTON, Ed. Dunod - 1993

(29) "Evaluation médicale des soins hospitaliers" par A. GIRAUD, Ed. Economica - 1992

(30) "Service Excellence - The customer relations strategy for health care" par W. LEEBOV, Ed. American Hospital Publishing Inc. - 1988

(31) "Total Quality Management - The health care Pioneers" par M.M. MELUM et M.K. SINIORIS, Ed. American Hospital Publishing Inc. - 1992

(32) "Le management du non-marchand" par B. MEUNIER, Ed. Economica - 1992

(33) "De l'anticipation à l'action - Manuel de prospective et de stratégie" par M. GODET, Ed. Dunod - 1991

(34) "Design for evolution - Self-organization and planning in the life of human systems" de E. JANTSCH, aux Ed. G. BRAZILLER Inc. - 1985

(35) "Le triangle stratégique - stratégie, structure et technologie de l'information" de Hubert TARDIEU et Bernard GUTHMANN, aux Ed. d'Organisation - 1991

(36) "Strategic information planning methodologies" Second edition par James MORTIER et Jac LEBON, Ed. Practice Hall - 1989

(37) "Imperfection de l'information, incertitude et concurrence" de J. ARROUS, Services de reproduction des thèses de l'Université des Sciences Sociales de Grenoble - 1978

(38) "Issues in management accounting" par David ASHTON, Trevor HOPPER et Robert W. SCHAPENS, aux Ed. Prentice Hall - 1991.

(39) "Le pouvoir de monopole" par Jacques HOUSSIAUX, aux Ed. Sirey, Paris, 1958.

(40) "Mintzberg on management - Inside our strange world of organizations" - par Henry MINTZBERG, aux Ed. Macmillan Inc., 1989.

(41) "Gestion stratégique de la nouvelle entreprise : de l'idée à la réussite", par Marc INGHAM, Ed. Academia, 1988.

(42) "Gestion et contrôle de la qualité" par Pierre VANDEVILLE, Ed. Afnor Gestion, 1985.

(43) Le management stratégique hospitalier" par Michel CREMADEZ et François GRATEAU, Ed. Intereditions, 1993.

(44) "Le Reingeneering" par Michel HAMMER et James CHAMPY, Ed. Dunod, Paris, 1993.

(45) "Statistique appliquée à la Gestion", 6ème édition par Vincent GIARD, aux Ed. Economica - 1992 (page 252).

(46) "Le contrôle de Gestion dans une bureaucratie professionnelle : contribution à la modélisation du cas de l'hôpital public", thèse de Doctorat défendue par M-C. MASSE à l'Université des Sciences et Techniques de Lille - septembre 1994.

(47) "Adapter les structures de l'entreprise - Intégration ou différenciation" par Paul R. LAWRENCE et Jay W. LORSCH, Ed. d'organisation - 1973.

(48) "Stratégies" A-Chr. MARTINET, Librairie Vuibert - Paris 1983

(49) "Pour la santé publique" par Jean MARTIN, éd. Réalités Sociales - Lausanne

1987

(50) "Epistmologies et sciences de gestion", coordonné par A-Chr MARTINET aux éd. Economica - Paris 1990

(51) "L'entreprise stratégique: penser la stratégie" par YVAN ALLAIRE et MIHAELA E. FIRSIROTU, aux éd. G. MORIN - Québec, CANADA - 1993

(52) "Introduction à la recherche en gestion" par J-C USUNIER, M. EASTERBY-SMITH et R. THORPE, aux éd. Economica - Paris, 1993

(53) "Action commerciale - Tome 1" par P. AMEREIN, J-C CARNET, M.F PAPASTRATIDES, D. ROUGET, S. TASSIN et P. WEBER, aux éd. Nathan, Paris - 1991

(54) "Probabilités, analyse des données et statistique", par G. SAPORTA, aux éd. Technip, Paris - 1990

(55) "Méthodes statistiques appliquées à la gestion" par J-C. TARONDEAU, A-M. DUSSAIX et J-P. INDJEHAGOPIAN, aux éd. d'organisation, Paris - 1979.

(56) "Pour une éthique des convictions - Religion et rationalisation du monde vécu" par M. MAESSCHALCK, aux éd. "Publications des Facultés Universitaires Saint-Louis",

(57) "Le comportement du consommateur", par Marc FILSER aux Ed. Dalloz, Paris, 1994.

Articles, syllabus, entretiens, mémoires

(100) "La stratégie concurrentielle des entreprises de technologie de pointe" par Herman DAEMS de l'Université Catholique de Leuven Fabrimétal Magazine N° 7 septembre 1991

(101) "Dossier croissance et évolution de la firme" syllabus rédigé par J.P. DEBOURSE, professeur à l'IAE - Lille

(102) "Politique d'entreprise": par Ph. de WOOT et H. HEYVAERT, professeurs à l'Université Catholique de Louvain Diffusion Universitaire CIACO 1988

(103) "L'information, ressource stratégique de l'économie japonaise" article de G. FAURE, Directeur de la Chambre de Commerce et d'Industrie Française du Japon - Conférence donnée à la Maison Franco-Japonaise de Tokyo, le 22 mars 1989

(104) Interview du professeur H. HEYVAERT de l'Université Catholique de Louvain

(105) L'Institut d'Administration des Entreprises de Grenoble, Revue Française de Gestion septembre / octobre 1990

(106) "Etre leader ou ne pas être un dirigeant" dans La Libre Entreprise du 28/12/1991

(107) " Source informelle : un champ illimité" article paru au MOCI N° 900 du 25 décembre 1989 et rédigé par J.M. Ribault consultant à la CEGOS

(108) "Organisation:la recherche des années 80" A. DESREUMAUX Les Cahiers de la Recherche de l'IAE de Lille 1991

(109) "Une comparaison France - Allemagne - Japon - systèmes hiérarchiques et analyse sociétale" de Jean-Jacques SILVESTRE dans la Revue Française de Gestion en janvier-février 1990

(110) Interviews de Monsieur F. MAHIEUX de NODAL Consultant et professeur à l'IAE de Paris et Monsieur BUCHET, collaborateur du service d'information économique générale à la Société générale de Belgique de 1980 à 1988.

(111) "Managing strategic surprise by reponse to weak signals" article paru dans California Management Review volume XVIII de 1975 et rédigé par H. Igor ANSOFF

(112) "Dossier de gestion de la qualité - la qualité totale et les PME - Pourquoi ?, Comment ?" par Claude VANOS et Jean HERSSENS dans "Gestion 2000" - management et prospective", n° 6, décembre 1989.

(113) "Quelles leçons tirer de l'expérience américaine de l'assurance qualité par Peer Review ?" par William D'HOORE, dans Acta Hospitalia", n° 2, 1993.

(114) "Creating Customer - oriented employees : the case in home health care", par Douglas HOFFMAN et Th. N. INGRAM, dans Journal of health care marketing", n° 2, juin 1992.

(115) "The patient perceptions on quality related to hospital financial performance ?" par E.C. NELSON, R.T. RUST, A. ZAHORIK, R.L. ROSE, P. BATALDEN et B.A. SIEMENSKI dans "Journal of health care marketing", de décembre 1992.

(116) "La conduite politique" de B. DALE? professeur au Centre de Gestion de la Qualité - UMIST à Manchester. Paru dans "Qualité en mouvement N° 3" publié par le Mouvement Français pour la Qualité

(117) "Chief executives define their own data needs" par J. F. ROCKART dans Harward Business Review de mars / avril 1979

(118) "Removing the obstacles to effective strategic planning" par Th. G. MARX - Long Range Planning - Vol 24 - 1991

(119) "Measuring Service Quality : a reexamination and extension" par J.Joseph CRONIN et Jr. & Steven A. TAYLOR - Journal of Marketing - Vol.56 July 1992

(120) "Strategy and the Art of Reinventing Value - In a postindustrial economy is the value chain obsolete ?" par R. NORMANN et R. RAMIREZ - Harvard Business Review - Sept/Oct 1993

(121) "Identifying and using critical succes factors" par Joel K. LIEDECKER et Albert V. BRUNO de l'Université de Santa Clara "Long Range Planning" - vol. 17 - 1984

(122) "Determinants of strategic planning systems in large organizations : a contingency approach", par SAL KUKALIS dans "Journal of management studies", mars 1991.

(123) "Evaluation et management dans les organisations du secteur non-marchand" par Michel BONAMI dans "Gestion 2000 - management et prospective", n° 1 - février 1992.

(124) "Les enjeux du management en secteur non-marchand" par Pierre DUBRUILLE dans "Gestion 2000 - management et prospective", n° 1 - février 1992.

(125) "Le lobbying : une ancienne profession redécouverte" par Jan VAN HEUVERSWYN et Jean-Paul SCHUYBROECK dans "Gestion 2000 management et prospective", n° 5 - octobre/novembre 1990.

(126) "Eurolobbyisme" par Bruno JULIEN dans "Gestion 2000 - management et prospective", n° 5 - octobre/novembre 1990

(127) "L'hôpital universitaire peut-il assurer sa mission d'hôpital général ?" par les AP-HP dans "Gestions hospitalières", n° 328, août/sept. 1993

(128) "The relationship between organizational structure and organisational control"par William G. OUCHI dans Administrative Science Quarterly, vol. 22, March 1977.

(129) "Types of organizational control and their relationship to emotional well being"par William G. OUCHI et Jerry B. JOHNSON dans Administrative Science Quarterly, vol. 23, June 1978.

(130) "Dispositions modifiant le livre VII du code de la Santé Publique en France" Loi n°91-748 du 31 juillet 1991, reprise au journal officiel du 2 août 1991.

(131) "Conditions d'application du décret n° 92-776 du 31 juillet 1992, relatif au régime budgétaire, financier et comptable des établissements publics de santé en France", reprises dans la circulaire DH/AF3/92 n° 34 du 27 août 1992 publiée par les Ministères de la Santé et de l'Action humanitaire, des Affaires sociales, de l'Intégration et du Budget.

(132) "Dépenses médicales et couverture sociale" par Laurent CAUSSAT et Michel CLAUDE et "les disparités de recours aux soins en 1991" par Pierre MARNICHE, dans "Economie et Statistiques", n° 265, mai 1993.

(133) "Les discours sur la stratégie d'entreprise" par Alain-Charles MARTINET dans "Revue française de gestion" de janvier/février 1988.

(134) "Dossier d'analyse et évolution de l'entreprise - L'Innovation" par le Professeur J-P. DEBOURSE - 1992 - Unité de Recherche associée au CNRS 936 "Vie des firmes en longue période". (IAE -Lille I)

(135) "L'intégration médicale dans l'hôpital - Illusions et réalité" par le Dr. R. GUEIBE (mémoire de licence en sciences hospitalières à l'Université Catholique de Louvain - 1994).

(136) "Le socle de survie de l'hôpital public s'effrite-t-il ?" Cahier de recherche N° 39 - décembre 1992 de Jean-Pierre ESCAFFRE. Université de RENNES I - département de recherche : LARGOR.

(137) "Dossier et notes sur la méthodologie de recherche" par le Professeur P. LOUART - 1992- Université des Sciences et Techniques de Lille.

(138) "Cours de financement des frais d'exploitation des hôpitaux - année 1993 - 1994" par le Professeur G. DURANT - Université Catholique de Louvain, Bruxelles.

(139) "Séminaire sur l'évolution des firmes" par le Professeur J-P DEBOURSE - 1992 - Unité de Recherche associée au CNRS 936 "Vie des firmes en longue période". (IAE -Lille I)

(140) "Les médecins poussent les GHAS (groupes homogènes d'activités par service)" par F.O. WENGER dans Décision Santé - numéro 69 du 5 décembre 1994

(141) "Dossier Croissance et évolution de la firme" par le Professeur J-P DEBOURSE - équipe de recherche associé au CNRS 775 "vie des firmes en longue période" - IAE de Lille

(142) "Measuring Service Quality: a reexamination and extension" par J-J CRONIN et S.A. TAYLOR dans "Journal of marketing" vol. 56 - Juillet 1992

(143) "Waiting in the Emergency Room: How to improve Patient Satisfaction" par J.C.MOWEN, J.W. LICATA et J. Mc PHAIL dans "Journal of health care marketing" - summer 1993

(144) "Development of a multiple - Item scale for measuring Hospital Service Quality" par R. VANDAMME et le professeur J. LEUNIS de la KUL (Katolieke Universiteit van Leuven), Belgique - 1992

(145) "The Health care leaders of the future" par J.S. Lloyd dans "Total Quality Management" aux Ed. American Hospital Publishing Inc., 1992

(146) "Systèmes d'information : l'intelligence en temps réel reste encore à venir", par R. REIX dans "Revue française de gestion", Novembre/Décembre 1991

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'interviews utilisé par les étudiants de l'ESC

Annexe 2 : Test de PERLMUTTER

Annexe 3 : Questionnaire diffusé auprès des Directions
(gestionnaires et professionnels en France et en Belgique)

Annexe 4 : Questionnaire des Urgences

Annexe 5 : Structure du questionnaire des services ambulatoires

Annexe 6 : Méthodologie SERVQUAL

Annexe 1

Partie descriptive de la recherche :

GUIDE D'INTERVIEW UTILISE PAR LES ETUDIANTS DE L'ECOLE SUPERIEURE DE COMMERCE DE LILLE

Il s'agit d'un type d'interview semi-dirigé, appelé étude de cas. Un des grands pièges de l'étude de cas consiste dans le fait que l'interviewé bluffe l'interviewer et joue la langue de bois.

Au-delà des réponses de l'interviewé, il faudra chercher des faits et des exemples de mise en application de ce qu'il expose; il s'agira de demander, par exemple, des documents élaborés relatifs à la politique stratégique, aux tableaux de bord de contrôle de gestion, aux organigrammes reflétant la structure d'organisation, ...

Certaines questions, relatives aux objectifs critiques de l'entreprise, aux facteurs de succès, aux hypothèses soutenant les options stratégiques, devront être posées tant à la Direction médicale qu'aux Directions financière et administrative. Il s'agira, par là, de vérifier la cohésion des points de vue partagés et d'éliminer les éléments de bluff.

But : l'analyse des pratiques des entreprises, qui élaborent des plans stratégiques, permettra de dégager des éléments guides pertinents aux yeux des professionnels du management hospitalier.

Echantillon : * +/- 14 hôpitaux universitaires répartis en France et en Belgique (12 et 2)
* 3 Directeurs par hôpital et représentant des fonctions médicale, financière/gestion, administrative/ressources humaines (premier positionnement par rapport aux aspects stratégiques relatifs au métier de l'hôpital, aux méthodes de management, aux structures d'organisation).

INTRODUCTION

1)

- Dire qui vous êtes et la formation que vous poursuivez.
- Faire préciser la fonction de la Direction interviewée et bien cadrer les domaines généraux et particuliers de l'interview que vous allez mener.
- Dire à l'interviewé que pour certaines questions, vous lui demanderez des exemples de réalisations concrètes et lui demander si ce principe l'agrée.

2) Travail de recherche

Bien que le secteur de la santé se régule essentiellement par les mécanismes de la dotation des organismes de tutelle, plutôt que par les mécanismes de marché, des ressources propres se développent de plus en plus, surtout en milieu hospitalier universitaire (sponsoring associé à certains programmes de recherche, ressources communautaires pour certains programmes, proportion plus importante de patients possédant une assurance privée permettant de supporter certains suppléments, ...)

Quelle sont les évolutions possibles que vous percevez encore en matière de financement ?

---

3) Les patients s'adressent aux hôpitaux qui leur offrent une qualité de soins et de service différenciée. Certains hôpitaux disposent d'une marge d'autonomie suffisante pour développer une politique à moyen terme, tout en préservant les valeurs de démocratie et d'égalité qui caractérisent le secteur de la santé en Europe. Autrement dit, ils investissent dans des équipements de pointe pour des pathologies qui font l'objet de remboursements avantageux par les organismes de tutelleet le font savoir aux médecins prescripteurs et aux services d'intervention d'urgence, ...

Quelles sont les options stratégiques qui vous semblent les plus cohérentes par rapport aux missions d'un hôpital universitaire ?

---

4) Pensez-vous que la modernisation des hôpitaux passe par la "marchandisation" de ces activités non-marchandes ?

---

5) Pour vous, la planification stratégique, c'est : (précisez d'entrée de jeu que plusieurs ensembles d'items peuvent être cochés)

Oui Non

Phase 1 d'implémentation du management stratégique :

O O observer ce que font les autres et définir des actions en conséquence
O O élaboration de budgets de fonctionnement annuels
O O priorisation des investissements pour certains services

Phase 2 d'implémentation du management stratégique :

O O réaliser des analyses pluriannuelles des évolutions des marges par spécialisation, puis fixer les budgets en fonction des potentiels et des priorités identifiés
analyse des écarts budgétaires et l'allocation des budgets fixes pour l'année

Phase 3 d'implémentation du management stratégique :

O O analyser les tendances, les évolutions probables pour les différentes spécialisations. En fonction de la manière dont on s'est préparé à ces évolutions, privilégier l'avenir qu'on préfère en fonction des finalités de l'entreprise (même si toutes les assurances ne sont pas obtenues par les extrapolations et prévisions).
O O élaboration de budgets pluri-annuels fondés sur des prévisions pour planifier des investissements prioritaires pour certaines spécialités de l'hôpital
O O analyse détaillée de la situation et de la position concurrentielle (points forts, points faibles, facteurs de succès par rapport aux autres hôpitaux, menaces stratégiques issues du schéma de Porter, ex. : innovations tech - nologiques, services nouveaux comme hôpital mère/enfant, centre thérapeutique des adolescents, expansions des centres de coordination de soins à domicile, ...)
O O la distribution dynamique des ressources (changements de caps possibles en cours d'année, ...)

Phase 4 d'implémentation du management stratégique :

O O les orientations stratégiques claires (ex. : se développer essentiellement par la recherche et l'innovation, ou développer l'innovation pour des soins ambulatoires essentiellement, ou développer l'innovation pour des pathologies lourdes essentiellement, ...)
O O l'organisation adaptée à la stratégie
O O une vision stratégique partagée par les responsables de départements
O O les procédures cohérentes de revues de projets, de fixation d'objectifs, de reconnaissance des mérites, ...
O O les valeurs et comportements du personnel médical, de nursing et administratif orientés vers les besoins et les attentes des clients

Pouvez-vous citer des exemples d'actions ou de procédures mises en oeuvre dans le cadre de votre démarche stratégique : ----------

---

---

6) En vous projetant dans un horizon à trois ans,

- quelles sont les cinq menaces que vous voyez apparaître pour les hôpitaux universitaires? (menaces : évènements qui pourraient compromettre la fonction de base de l'hôpital, sa spécificité, son leadership, ...)

- quelles sont les cinq opportunités qui vous apparaissent dans l'environnement ?

- quelles sont vos cinq principales faiblesses ?

- quelles sont vos cinq principales forces ?

- pouvez-vous citer les 3 facteurs critiques de succès les plus importants, par ex. :

O avoir une qualité de service perçue par le médecin adresseur d'un niveau supérieur aux services fournis par les concurrents (information rapide et complète du médecin adresseur, participation du médecin adresseur dans le processus thérapeutique, ...)
O avoir une fiabilité des dates de rendez-vous pour les patients et du délai d'obtention de celui-ci
O avoir une niveau de qualité de service acceptable pour le patient, compte tenu de la dépense que cela implique pour lui
O optimiser les processus de fonctionnement interne de l'hôpital et des coûts associés
O avoir un style de management adapté à la politique de l'entreprise
O autre : .....

- quels sont pour vous les cinq objectifs prioritaires dans lesquels doit s'engager votre hôpital ?

---

7) Dans quels groupes de réflexion inter-hospitalier ou officiel êtes-vous, personnellement engagé en dehors de l'hôpital ?

- commission inter-hospitalière (Fédération française des hôpitaux publics, groupes de la DG XII, de la CEE, ...)
- comité officiel (organismes de tutelle, Ministères, groupements communautaires, ...) (ex. : En France : CRAM, ...; en Belgique : Commission de l'INAMI)
- réseaux de coordination de soins à domicile
- réseaux de cliniques associées à l'hôpital universitaire
- groupes de recherche et de développements technologiques ou pharmaceutiques via les fournisseurs
- programmes inter-universitaires (Programmes "FORCE", "ERASMUS", "BRITE", au niveau de la CEE, ...)
- autres :

.....

.....

.....

I. PARTIE DESTINEE A LA DIRECTION MEDICALE

1. Quel est le statut des médecins : - salarié O
   - indépendant O
2. Quels sont les domaines de spécialisation médicale de l'hôpital :

O Hôpital général
O Médecine interne
O Pneumologie
O Gastro-entérologie
O Hématologie adulte
O Hématologie enfant
O Néphrologie (reins)
O Oncologie
O Chirurgie digestive
O Chirurgie cardio-vasculaire
O Chirurgie transplantatoire
O Urologie
O Orthopédie et rhumatologie
O Chirurgie plastique et esthétique
O Gynécologie
O Obstétrique et maternité
O Fécondation in vitro
O Neurologie
O O.R.L.
O Ophtalmologie
O Pédiatrie
O Urgences et soins intensifs
O autres : ----------

---

3. Qu'apporte le fait d'être un hôpital universitaire ? ----------
---
---

4. Quels sont les objectifs prioritaires à 3 ans de l'hôpital en matière médicale ? (objectifs de formation, d'innovation, ...) ----------
---
---

5. Jusqu'où va la décentralisation des responsabilités des médecins responsables de services en matière de :

- définition et respect des budgets de fonctionnement ? ----------

---

- définition et respect des budgets d'investissement ? ----------

---

---

6. Quel est le type de formations programmées pour :

- le nursing ? ----------

- les médecins ? ----------

- les responsables hiérarchiques de services ou de départements ?

a) médecins : ----------

---

b) nursing : ----------

---

c) administratifs : ----------

---

7. Comment fonctionne le processus de définition des budgets ?

a) de fonctionnement : ----------

---

b) d'investissement : ----------

---

8. Pour maîtriser la qualité et les coûts, comment voyez-vous une solution dans les pratiques suivantes

- Peer Review :----------

- Audit du style "Kings Fund" ou autre modèle d'assurance qualité des hôpitaux : ----------

---

- système d'information basé sur des incateurs de satisfaction du patient et du médecin prescripteur : ----------

---

- indicateurs de qualité des soins : ----------

- intégration des démarches qualité de soins et de service dans des programmes uniques : ----------

---

---

9. - Qui se charge de ces démarches : ----------

- Quelle est l'instance qui fixe les priorités au départ de ces indicateurs : --------

---

10. Quelles sont les principales actions entreprises pour réduire les coûts ? (ex. : réduire les analyses inutiles, ...) ----------

---

---

11. Face aux évolutions technologiques, nécessitant d'importants investissements et à la part de charge de personnel difficilement compressible, comment rencontrez-vous les objectifs d'optimisation de vos ressources :

O - politique de réductions des durées de séjour en hospitalisation pour augmenter le taux de rotation des patients et le taux d'utilisation des équipements
O - augmentation des actes médico-techniques en étendant les horaires des prestations
O - décentralisation des activités spécialisées par le développement d'un réseau d'hô - pitaux où interviennent vos spécialistes
O - autres :

.....

.....

12. Dans les prestations spécialisées :
- combien de transplantations effectuez-vous par an :
  - de rein .....
  - de pancréas .....
  - de coeur .....
  - de foie : adulte .....
    enfant .....
  - de moëlle : adulte .....
    enfant .....
  - autres : .....
    .....

13. Quels sont les équipements de pointe dont vous disposez ?

<u>- Radiothérapie</u> :

O accélérateurs à positrons
O accélérateurs à neutrons
O bombardement au cobalt
O autres : .....
.....

<u>- Radiologie</u> :

O scanners (types d'équipements : CT scan, scanner hélicoïdal, ...)
.....
.....
O résonance magnétique
O autres : .....
.....

- Autres technologies (ex. chirurgie par laparoscopie, arthroscopie et dissectomie lombaire, lithotripteur, ...)

.....

.....

14. Comment peut-on allier la réduction des coûts et l'amélioration de la qualité (citez des exemples d'applications réalisées) :

.....

.....

.....

II. PARTIE DESTINEE A LA DIRECTION FINANCIERE OU AU CONTROLE DE GESTION

1. Quelle est la date de création de l'entreprise ?

2. - Quel est le nombre de lits ? (1993)

	< 150	151 à 250	251 à 350	351 à 500	>500	taux d'occupation
au total						
par type hospit. °psychiatrie						
°diagnostic et traitement médical						
°diagnostic et traitement chirurgical						
°pédiatrie						
°maternité						
°néonatologie						
°gériatrie						
°soins intensifs						
° autres : ....- ....-						

- Quel est le nombre de consultations annuelles : 1991 : .....
  (hospitalisations de jour comprises) 1992 : .....
  1993 :.....

- Quel est le nombre de patients admis en urgence/an : .....

- Quel est le nombre de personnes occupées : - médecins : .....
  - infirmiers et paramédicaux : .....
  - administratifs : .....

-Quel est le chiffre d'affaires annuel : 1991 : .....
(conforme aux chiffres du compte 1992 : .....
de résultat) 1993 : .....

3. Quel est l'organigramme des services financiers et comptables ? (faire situer clairement les fonctions d'audit interne ou d'audit interne et de contrôle de gestion si cela est différencié).

4. Que recouvrent leurs missions et qui fait quoi ?

	Oui	Non	Quel service
- calcul et analyse des coûts - annuel	O	O	.....
- pluriannuel	O	O	.....
- prévisions des résultats : - annuel	O	O	.....
- pluriannuel	O	O	.....
- sauvegarde du patrimoine (haut bilan)	O	O	.....
- **audit financier** : vérification de la qualité des informations financières :			
- états financiers destinés aux institutions	O	O	.....
- **données gestion courante** :			
° résultats trimest. de la compta. gén.	O	O	.....
° données budgétaires	O	O	.....
° statistiques	O	O	.....
° enquêtes de satisfaction des patients	O	O	.....
- application des procédures administratives mises en place par la Direction	O	O	.....
- évaluation des performances des départements internes :			
° performances quantitatives	O	O	.....
° résultats qualitatifs (qualité services, soins)	O	O	.....

- **audits opérationnels** :

° des procédures existantes	O	O	.....
° détermination des pistes d'amélioration	O	O	.....
° calcul des écarts travail non productif	O	O	.....
° couts de non-qualité	O	O	.....
° dysfonctionnements	O	O	.....

	Oui	Non	Quel service
- **audit médical** :			
° évaluation systématique par les pairs et par discipline (application des protocoles)	O	O	.....
° calcul coûts/bénéfice des développements médicaux (technologiques, protocoles, pharmaceutiques, ...)	O	O	.....

5. Au-delà des contraintes légales, à quoi sert le budget annuel :

- élaboration d'un compte de résultat prévisionnel	O	O	.....
- élaboration d'un bilan prévisionnel	O	O	.....
- élaboration d'un budget détaillé service par service	O	O	.....

si non, quels sont les obstacles à cette politique de décentralisation et de responsabilisation ?

.....

.....

.....

- révision des politiques d'investissements de l'année	O	O	.....
- fixation des limites des flux de trésorerie	O	O	.....

- aménagement du premier budget pour réaliser
un budget révisé en cours d'année O O .....
si oui, combien de fois durant l'exercice comptable : .....

6. Lorsque le contrôle de gestion se différencie de la fonction audit interne, quel est le champ d'application de : (qu'est-ce que vous entendez par ...)
- audit interne

.....

.....

- contrôle de gestion :

.....

.....

7. Quel est le rattachement de l'audit interne :

O - à la Direction générale

O - à un comité d'audit

O - au conseil d'administration

O - à une Direction spécialisée : laquelle ?.....

8. Quels indicateurs économiques avez-vous mis en place ? (ex. : tableaux de bord, ratios : inflation, évolution de la consommation des soins par pathologie, enquêtes, pouvoir d'achat, niveau de vie, taux de patients ayant une assuranc, taux d'occupation des lits par service, ...)

9. Quelle utilisation en faites-vous ?

.....

.....

.....

III. PARTIE DESTINEE A LA DIRECTION ADMINISTRATIVE OU A LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

1. Quelle est la composition du Comité de Direction :

Fonction	Qualification	Ancienneté dans le Comité de Direction

2. - Quelle est l'importance de la formation dans le budget par rapport à la masse salariale

(en %) ? .....

- Quels sont les types de formation ?

.....

.....

3. 1) Quelles sont les initiatives pratiques mises en oeuvre pour développer les processus d'organisation (changements organisationnels) ?

	Oui	Non
a) Travaux en groupes transversaux	O	O
b) Comités de réflexion au niveau des responsables hiérarchiques	O	O

2) Quelles sont les priorités d'actions ?

a) du Comité de Direction	O	O

b) des commissions spécifiques :

- pour les fonctions médicales : .....

.....

- pour le nursing : .....

.....

- pour les pharmaciens : .....

.....

- pour les autres fonctions paramédicales :
.....

.....

- pour les fonctions administratives et financières :
.....

.....

- autres : .....
.....
.....

c) En plus des membres du Comité de Direction, y a-t-il une implication systématique des responsables hiérarchiques dans la prise de décisions pour ces types de changements organisationnels O O

4. Existe-t-il un organigramme fonctionnel de l'hôpital ? (demander une copie)
Si non, comment se structure-t-il en schéma bloc, en partant du conseil d'administration jusqu'aux responsabilités des grandes fonctions ?
(faire le schéma dessiné par l'interviewé)

5. L'hôpital fait-il partie d'un groupe hospitalier ? Oui O Non O
Si l'hôpital fait partie d'un groupe, comment se structure le réseau, quelle sont les relations et quels types de décisions sont prises par les directions générales du groupe ?

.....

.....

6. Le Conseil d'administration est-il commun pour l'Université et pour l'hôpital ?

Oui O Non O

Si non, pour quelles fonctions y a-t-il des personnes qui se retrouvent dans les deux conseils d'administration ?

- fonction médicale O
- fonction nursing O
- fonction financière O
- fonction administrative O
- autres : .....

7. Quelles sont les principales fonctions en staff existantes et leurs principales raisons d'être ?

Fonctions	Raisons d'être

1. .....

.....

.....

2 .....

.....

.....

3. .....

.....

.....

4.....

.....

.....

5. .....

.....

.....

(- **exemples de fonctions en staff** : conseil juridique, planification stratégique, contrôle de gestion, formation, relations publiques, ...)

(- **exemples de raisons d'être** : assister les responsables hiérarchiques dans la définition de leurs objectifs, coordonner les actions inter-fonctionnelles, consolider les plans d'actions divisionnels pour définir des priorités institutionnelles, former ou suivre les formations internes, développer et suivre la mise en oeuvre de plans d'actions institutionnels, assister le Comité de Direction dans l'identification des objectifs institutionnels prioritaires, ...)

.....

Annexe 2

Test de PERLMUTTER (102)

Le test mesure le degré de pénétration des orientations générales auprès des Directions et des cadres supérieurs et peut également servir de point de départ d'une réflexion stratégique faite par une entreprise performante.

En projetant les cadres dans un horizon à trois ans, ils répondent aux questions suivantes :

1. Quelles sont les cinq menaces que vous voyez apparaître ?
2. Quelles sont les cinq opportunités qui vous paraissent dans l'environnement ?
3. Quelles sont nos cinq principales faiblesses ?
4. Quelles sont nos cinq principales forces ?
5. Quelles sont les cinq orientations prioritaires dans lesquelles doit s'engager l'entreprise ?

Dépouillement des résultats

Grille établie pour un test auprès des dix principaux Dirigeants et cadres supérieurs

5 orientations identiques citées	15 orientations	50 orientations citées
consensus		dissensus

L'entreprise est classée "non performante" si plus de 15 orientations sont citées.

Michel BAELEN
Recherche en Sciences de Gestion
Université de Lille I

Annexe 3

USTL ..... Var 1

LE MANAGEMENT STRATEGIQUE HOSPITALIER

Vous répondez au questionnaire en qualité de :

Var 2. [1] Directeur médical [2] Directeur général [3] Président CME (ou conseil médical) [4] Médecin chef de la médecine interne [5] Médecin chef de la chirurgie

Statut juridique de l'hôpital :

Var 3 [1] Service public [2] Association sans but lucratif [3] SARL (ou SPRL en Belgique) [4] Société anonyme [5] Autre : .....

Var 4 Statut de la majorité des médecins de l'hôpital : [1] Salarié [2] Indépendant

Pouvez-vous marquer votre degré d'adhésion en entourant le chiffre correspondant à votre choix :
1: absolument pas d'accord .... . 5 entièrement d'accord

Var 5	1. Différentes informations ou actions sont utiles pour orienter les activités de l'hôpital : - efficacités relatives des techniques diagnostiques ou thérapeutiques à acquérir	1 2 3 4 5	A1
Var 6	- politiques de financement développées par les tutelles et autres exigences légales	1 2 3 4 5	A2
Var 7	- possibilités d'accès aux financements privés (mécénats, association de patients)	1 2 3 4 5	A3
Var 8	- besoins des médecins prescripteurs et des patients	1 2 3 4 5	A4
Var 9	- choix d'activités adoptées par les autres hôpitaux	1 2 3 4 5	A5
Var 10	- besoins diagnostiques ou thérapeutiques des populations de la zone d'attraction de l'hôpital (études épidémiologiques ,...)	1 2 3 4 5	A6
Var 11	- collaborations possibles avec les structures de prise en charge après l'hospitalisation (centres de cure, de réadaptation, de soins à domicile,...)	1 2 3 4 5	A7
Var 12	- mesures de la carence de l'hôpital (activités demandées et à mettre sur pied, listes d'attente de patients par service,...)	1 2 3 4 5	A8
Var 13	- compétences médicales ou paramédicales à développer	1 2 3 4 5	A9
Var 14	2. Compte tenu des règles de financement actuelles des hôpitaux, la gestion rigoureuse des frais de fonctionnement (utilisation des consommables, des produits pharmaceutiques, de l'utilisation des plateaux techniques, des coûts de l'hôtellerie,...) et l'augmentation de recettes par un accroissement marginal d'activités dans les services très demandés constituent des sources d'auto-financement indispensables à l'achat de certains équipements (autres que ceux financés par les tutelles).	1 2 3 4 5	B
Var 15	3. Ces accroissements marginaux d'activités et ces efforts de rigueur de la gestion des dépenses courantes doivent se faire en préservant l'accessibilité aux soins pour tous sans augmentation de la participation financière des patients.	1 2 3 4 5	C
Var 16	4. Les services de gestion (contrôle de gestion, évaluation médicale et infirmière, comptabilité, comptabilité analytique,...) de l'hôpital n'ont pas suffisamment de temps pour mener des analyses telles que : enquêtes auprès des patients et des médecins prescripteurs, analyses coûts/bénéfices de nouvelles indications, procédures de soins ou équipements médicaux, analyse des incidents thérapeutiques, analyse des infections nosocomiales,...	1 2 3 4 5	D
Var 17	5. Certaines communications avec les médecins de famille devraient pouvoir porter sur les dispositions prises par l'hôpital en matière de qualité des soins, (développements médicaux en cours, recommandations pour la prise en charge des différentes pathologies traitées par l'hôpital, réunion d'informations à thèmes,...).	1 2 3 4 5	E

Var. 18	6. Comme les médecins de famille ont de plus en plus de possibilités d'alternatives à l'hospitalisation pour y adresser leurs patients, la connaissance de leurs nouvelles attentes par rapport à l'hôpital deviendra indispensable.	1 2 3 4 5	F
Var. 19	7. Les tutelles devraient structurer le réseau d'hôpitaux en les agréant par domaines de spécialisation et leur accorder des enveloppes globales adaptées à leurs besoins.	1 2 3 4 5	G
Var. 20	8. Une autonomie de gestion permettrait à l'hôpital de remplir encore mieux son rôle de Service public pour l'interêt du patient et de la collectivité, tout en lui permettant d'organiser ses plans d'investissements à moyen terme, sans craindre les mesures de restrictions successives menées par les tutelles.	1 2 3 4 5	H
Var. 21	9.1 Le partenariat entre les hôpitaux universitaires et les hôpitaux non-universitaires favorise la sélection des équipements présentant les meilleurs rapports coûts/bénéfices et la sélection des molécules efficaces, même si elles ne sont pas encore reconnues par l'agence du médicament (ou les commissions des tutelles adaptant les nomenclatures et les montants de leurs interventions).	1 2 3 4 5	I 1
Var. 22	9. 2 Ce partenariat avec les hôpitaux universitaires permet la mise en place de réseaux de prise en charge de patients, y compris pour les pathologies lourdes.	1 2 3 4 5	I 2
Var. 23	10.1 La complémentarité entre l'hôpital universitaire et non-universitaire permet à ce dernier de bénéficier de l'expertise des spécialistes universitaires	1 2 3 4 5	J 1
Var. 24	10.2 Elle permet à l'hôpital universitaire de se concentrer sur ses domaines de spécialisation en réadressant des patients vers des hôpitaux non-universitaires.	1 2 3 4 5	J 2
Var. 25	11. Des réseaux entre hôpitaux privés ou publics non-universitaires permettraient de tirer les mêmes avantages que les réseaux avec un hôpital universitaire si les spécialisations étaient complémentaires pour une même zone d'attraction géographique.	1 2 3 4 5	K
Var. 26	12. L'agréation de réseaux par les tutelles et le suivi d'engagements mutuels (enregistrement des données chronologiques et octroi d'enveloppes globales satisfaisantes par hôpital) donneraient les moyens aux hôpitaux de développer de réels projets d'établisssement qui pourraient être négociés dans des contrats d'objectifs à 3 ou 5 ans avec les tutelles. Cela assurerait une stabilité nécessaire à ces types d'engagements.	1 2 3 4 5	L
Var. 27	13. Parmi les finalités de l'hôpital citées ci-dessous, pouvez-vous marquer votre degré d'adhésion aux différentes propositions :		
	- tout en limitant le niveau des coûts à supporter par les patients à certains seuils acceptables pour la société, en respectant des normes de qualité et compte tenu des ressources humaines disponibles, l'hôpital doit pouvoir optimiser ses surplus financiers par l'application de règles de gestion qui lui sont propres.	1 2 3 4 5	M 1
Var. 28	- l'hôpital veille à optimiser les états de santé des patients qui lui sont adressés en se fixant des objectifs en terme de taux de réadmission par pathologie, d'indicateurs divers de morbidité par pathologie,de taux d'infections nosocomiales,...	1 2 3 4 5	M 2
Var. 29	- améliorer les états de santé de la population de sa zone géographique d'attraction tout en respectant son rôle spécifique dans la filière de soins dans laquelle il s'intègre (la filière tient compte des structures en amont et en aval de l'hospitalisation).	1 2 3 4 5	M 3
Var. 30	- l'hôpital s'intègre dans une filière de soins et y collabore dans un but d'amélioration des états de santé de la population et de réduction des coûts de la santé publique pour la collectivité (par pathologie, par exemple).	1 2 3 4 5	M 4
Var. 31	14. Lorsque des choix doivent être faits en terme d'investissements pour des équipements lourds, considérez-vous que :		
	- le relais avec la Direction ou le conseil d'administration doit nécessairement être assuré par un médecin	1 2 3 4 5	N 1
Var. 32	- des priorités doivent pouvoir être accordées pour les activités en développement de l'hôpital.	1 2 3 4 5	N 2

Var. 33	- des analyses pluriannuelles sont nécessaires à la fixation définitive des budgets	1 2 3 4 5	N3
Var. 34	- les activités à favoriser doivent correspondre à celles pour lesquelles l'hôpital a décidé de se développer au détriment d'autres jugées moins "stratégiques" si nécessaire.	1 2 3 4 5	N4
Var. 35	- il est nécessaire de repérer les innovations technologiques en phase d'essais cliniques et les projets en préparation dans les hôpitaux de la même zone géographique d'attraction de l'hôpital.	1 2 3 4 5	N5
Var. 36	15. Les priorités des projets médicaux de l'hôpital pourraient être mieux partagées entre les médecins et les gestionnaires ou être utilisées pour centrer les activités et exploiter les synergies entre les spécialités médicales.	1 2 3 4 5	O
Var. 37	16. Les tutelles devraient harmoniser les règles de financement entre les hôpitaux pour éviter de défavoriser certaines structures hospitalières du fait de leur statut juridique.	1 2 3 4 5	P
Var. 38	17. Parmi les critères de gestion de l'hôpital repris ci-après,pouvez-vous attribuer une pondération en fonction de l'importance que vous accorder à chacun d'entre-eux (5 = critère très important et 1 = critère de faible importance) :		
	1 évaluer les performances de l'hôpital en se référant aux missions et activités prioritaires à développer et en faisant usage des attentes formulées par les médecins prescripteurs et les résultats atteints par les hôpitaux de la même zone géographique.	1 2 3 4 5	Q1
Var. 39	2 l'équipe dirigeante et les médecins chefs de service inspirent leurs collègues par l'exemple et valorisent la manière dont ceux-ci s'impliquent pour améliorer l'organisation et leurs comportements pour une meilleure qualité des soins et du service au patient (tant au sein de l'hôpital qu'au travers de publications, de conférences, par la participation à des organisations ou sociétés savantes, la participation à certaines commissions organisées par les tutelles,...)	1 2 3 4 5	Q2
Var. 40	3a l'implication du personnel médical et non médical pour l'amélioration continue des processus de prise en charge (protocole diagnostique, thérapeutique et de soins ainsi que l'amélioration du service apporté au patient : information, réduction des attentes, confort,...).	1 2 3 4 5	Q3a
Var. 41	3b ces améliorations des processus nécessitent un suivi et donc des évaluations continues ainsi qu'un encouragement à y collaborer (réunions de consensus, politique d'information, réunions de résolutions de problèmes,...).	1 2 3 4 5	Q3b
Var. 42	4 la vérification de l'utilisation effective des nouvelles procédures diagnostiques et thérapeutiques mises en place, ainsi que la recherche active de nouvelles molécules ou de nouveaux équipements, pour développer les missions et activités prioritaires.	1 2 3 4 5	Q4
Var. 43	5 les informations venant du personnel médical et paramédical, des patients et médecins prescripteurs ainsi que des fournisseurs (pharmaceutiques et d'équipement) sont utiles pour établir des comparaisons ou des évaluations et définir des objectifs d'amélioration de l'organisation.	1 2 3 4 5	Q5
Var. 44	6 les perceptions des patients, des médecins prescripteurs et des familles sont également utiles pour améliorer l'accueil, les délais, les procédures, l'échange d'informations, les services mis à leur disposition,...	1 2 3 4 5	Q6
Var. 45	7 la perception qu'a le personnel de la qualité des relations de travail dans l'organisation, du style de management, des exigences du travail attendu par la direction (le suivi des taux de maladie, d'absentéisme, de vitesse de rotation du personnel, de l'attractivité de l'hôpital en matière de recrutement,...).	1 2 3 4 5	Q7
Var. 46	8 l'engagement de l'hôpital en matière de formation de personnel paramédical et médical, la prise en compte des problèmes d'environnement, les reconnaissances officielles et professionnelles par la participation à certaines recherches, publications et initiatives dans le secteur hospitalier ou en partenariat avec d'autres organismes.	1 2 3 4 5	Q8

	9 les résultats obtenus par l'hôpital par rapport aux performances prévues tant quantitatives que qualitatives en ce qui concerne :		
Var. 47	- les niveaux de coûts et le volume par activité.	1 2 3 4 5	Q 9 a
Var. 48	- les niveaux de qualité de soins et de services atteints (sur base de critères propres à l'hôpital).	1 2 3 4 5	Q 9 B
Var. 49	- les objectifs de partenariat avec des réseaux de soins.	1 2 3 4 5	Q 9 C
Var. 50	- le niveau de sécurité financière de l'hôpital.	1 2 3 4 5	Q 9 D
Var. 51	18. Les hôpitaux universitaires sont considérés par les hôpitaux non-universitaires comme des partenaires utiles au développement de leurs activités, grâce à leurs activités de recherche clinique.	1 2 3 4 5	R
Var. 52	19. Les hôpitaux universitaires devraient également pouvoir assurer un transfert technologique vers les hôpitaux non-universitaires (conseils et collaboration pour la mise en place d'équipements de pointe, l'utilisation de nouvelles procédures de soins, l'introduction de nouvelles molécules,...).	1 2 3 4 5	S
Var. 53	20. En matière de financement, les évolutions attendues pourraient être :		
	- adaptation des financements aux besoins réels par groupes homogènes de patients (DRG, PMSI, GHM ou autres typologies patient/pathologie objectives, ...).	1 2 3 4 5	T_1
Var. 54	- dotation par pathologie.	1 2 3 4 5	T_2
Var. 55	- commercialisation des résultats des recherches médicales.	1 2 3 4 5	T_3
Var. 56	- commercialiser certaines activités annexes (repas, formations, autres : ...).	1 2 3 4 5	T_4
Var. 57	- segmentation et adaptation des quotes-parts des patients par segments.	1 2 3 4 5	T_5
Var. 58	- sponsoring de projets d'investissements (mécénats, dons d'associations caritatives,...)	1 2 3 4 5	T_6
Var. 59	21. Quelles devraient être les orientations prioritaires que devraient prendre les hôpitaux pour améliorer leur performance globale ? :		
	- recentrer les activités médicales en fonction des priorités d'un plan à moyen terme	OUI NON	U_1
Var. 60	- améliorer la cohésion des équipes de management autour d'un projet à moyen terme pour l'hôpital	OUI NON	U_2
Var. 61	- développer la sensibilité des médecins et non-médecins aux besoins des clients (patients, tutelles, tiers-payant, prescripteurs, associations de patients).	OUI NON	U_3
Var. 62	- développer l'informatique médicale et de gestion pour mieux maîtriser les coûts par pathologie à l'hôpital.	OUI NON	U_4
Var. 63	- former l'encadrement médical et non-médical pour mieux maîtriser les coûts des activités	OUI NON	U_5
Var. 64	- autres :	à compléter	U_6
Var. 65	22. Pouvez-vous marquer votre degré d'adhésion à l'affirmation suivante (1 : adhésion très faible à 5 : entièrement d'accord) :		
	- Les structures et les méthodes de gestion des hôpitaux ainsi que les politiques de financement développées par les tutelles doivent donner la possibilité aux équipes de Direction, composées de médecins et de gestionnaires, de s'assurer que les décisions prises en temps réel convergent pour construire le devenir de l'hôpital. C'est-à-dire, que ces décisions doivent pouvoir orienter les activités et les structures de l'organisation de façon déterminante et durable dans le temps.	1 2 3 4 5	V

Annexe 4

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN
CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC

ENQUETE DE MESURE DE LA QUALITE DU SERVICE GLOBAL APPORTE AU PATIENT
(pour les fonctions principales des Urgences)

(A administrer par interviewer avant la sortie du patient du Service des Urgences)

Code postal ou Province	Sexe : M / F

Heure du test : ----------
Jour de la semaine : ----------
Mode de transport pour arriver à l'hôpital :
- par vos propres moyens ☐
- par ambulance Serv. 100 ☐
- par ambulance médicalisée Serv. 100 ☐
- par ambulance privée ☐

Heure d'arrivée du patient : ----------
Module urgence où il faut classer le patient : ----------

Temps d'attente avant le premier contact

à l'accueil : < 5 min : ☐
> 5 min : ☐

1) Dans quelle tranche d'âge se situe le patient ?

< 1 an	☐	35-64 ans	☐
2-14 ans	☐	65-84 ans	☐
15-34 ans	☐	85 ans et +	☐

Année de naissance :

	Oui	Non
2)Etes-vous venu sur recommandation : - de votre médecin traitant ?	☐	☐
- de votre médecin spécialiste ?	☐	☐
3)Au cours des deux dernières années, êtes-vous déjà venu aux Urgences à St-Luc ?	☐	☐
4) Etes-vous accompagné ?	☐	☐

Cochez selon votre perception :
0 sans réponse - **1** très insatisfaisante - **2** instatisfaisante - **3** moyenne - **4** bonne - **5** excellente

Sur base de l'expérience que vous avez vécue et de la manière dont vous évaluez notre compétence et notre professionnalisme, quelle confiance accordez-vous ?

5) aux médecins	0	1	2	3	4	5
6) au personnel infirmier	0	1	2	3	4	5
7) aux techniciens en radiologie, plâtriers	0	1	2	3	4	5
8) au personnel administratif (accueil, ...)	0	1	2	3	4	5

Selon la manière dont votre prise en charge s'est déroulée, comment évaluez-vous la façon dont :

9) vous avez été pris en compte par le Service des Urgences ?	0	1	2	3	4	5
10) les médecins expliquent les procédures médicales qu'ils appliquent ?	0	1	2	3	4	5
11) le personnel répond à vos attentes d'information et vous accorde une attention particulière :						
- le personnel médical	0	1	2	3	4	5
- le personnel infirmier	0	1	2	3	4	5
- les techniciens en radiologie, plâtriers	0	1	2	3	4	5
- le personnel administratif	0	1	2	3	4	5

Cochez selon votre perception :
0 sans réponse - **1** très insatisfaisante - **2** instatisfaisante - **3** moyenne - **4** bonne - **5** excellente

Comment appréciez-vous ?

12) Le délai écoulé avant la prise en charge par le médecin	0	1	2	3	4	5
13) Le délai d'attente avant la réalisation des soins	0	1	2	3	4	5
14) La durée des soins	0	1	2	3	4	5
15) La fréquence de la surveillance qui a été effectuée par le personnel infirmier	0	1	2	3	4	5
16) La durée d'attente pour les actes médico-techniques :						
- prise sang	0	1	2	3	4	5
- radiographie	0	1	2	3	4	5
- électro-cardiographie	0	1	2	3	4	5
- scanner	0	1	2	3	4	5
- électro-encéphalogramme	0	1	2	3	4	5
- échographie	0	1	2	3	4	5
17) La durée d'attente pour avis complémentaire du médecin d'un autre département que celui des Urgences ?	0	1	2	3	4	5

Quelles sont vos premières impressions au niveau :

18) de la présentation, la correction et la courtoisie :						
- du personnel médical	0	1	2	3	4	5
- du personnel infirmier	0	1	2	3	4	5
- des techniciens en radiologie, plâtriers	0	1	2	3	4	5
- du personnel administratif	0	1	2	3	4	5
19) des locaux d'accueil et d'attente, des couloirs, en ce qui concerne la décoration, le confort, la propreté, le bruit, la température, ...	0	1	2	3	4	5
20) des salles de soins, en ce qui concerne la décoration, le confort, la propreté, le bruit, la température, ...	0	1	2	3	4	5
21) de la modernité des équipements	0	1	2	3	4	5
22) de la confidentialité des contacts et des soins :						
- dans les locaux d'accueil et d'attente	0	1	2	3	4	5
- en salles de soins	0	1	2	3	4	5

Cochez selon votre perception :
0 sans réponse - **1** très insatisfaisante - **2** instatisfaisante - **3** moyenne - **4** bonne - **5** excellente

Et au niveau de vos autres attentes ?

23) Lors de votre arrivée aux Urgences, comment avez-vous apprécié l'accessibilité et la signalisation au local d'accueil ? Si avis négatif, précisez en ce qui concerne : accessibilité O signalisation O	0	1	2	3	4	5
24) Que pensez-vous des explications fournies par le personnel administratif au sujet :						
- des raisons de votre attente ?	0	1	2	3	4	5
- du délai nécessaire avant votre prise en charge ?	0	1	2	3	4	5
25) Que pensez-vous des explications fournies lors des examens médico-techniques ?	0	1	2	3	4	5
26) Que pensez-vous des explications fournies par les médecins avant de quitter les urgences ? :						
- concernant le diagnostic posé	0	1	2	3	4	5
- concernant votre traitement à suivre	0	1	2	3	4	5
- concernant les examens ultérieurs qui vous ont été prescrits	0	1	2	3	4	5
- concernant les démarches administratives que vous devez effectuer.	0	1	2	3	4	5

27) S'il y a un aspect du service à améliorer, par quoi faudrait-il commencer ?

---

28) Recommanderiez-vous notre Service d'Urgence à vos connaissances et relations ?

Oui ☐ Non ☐

Annexe 5

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN
CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC

Pour mieux répondre à vos attentes en matière d'accueil, nous souhaitons connaître votre opinion. Nous vous invitons à compléter le questionnaire ci-dessous. D'avance, nous vous remercions pour votre participation active.

A. PARTIE A REMPLIR AVANT LA CONSULTATION.

Code postal ou Localité	Sexe : M/F	Nationalité
		Belge ☐ Autre ☐

Cochez le ☐ qui se rapporte à vous (ou à votre enfant)

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

0-1 an	☐	35-64 ans	☐
2-14 ans	☐	65-84 ans	☐
15-34 ans	☐	85 ans et +	☐

Au cours des deux dernières années, êtes-vous déjà venu à St-Luc ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, - dans cette consultation ☐
- dans une autre consultation ☐
- en hospitalisation ☐
- en urgence ☐
- autre ☐

Veuillez déposer le formulaire complété dans UNE DES URNES (près des ascenseurs).

Entourez le chiffre correspondant à votre perception :
0 sans réponse - **1** très insatisfaisante - **2** insatisfaisante - **3** moyenne - **4** bonne - **5** excellente

1. Lors d'une prise de rendez-vous par téléphone, comment appréciez-vous : - le délai de réponse	0	1	2	3	4	5
- l'accueil téléphonique	0	1	2	3	4	5
2.Comment estimez-vous le délai avec lequel vous avez obtenu le rendez-vous pour cette consultation ?	0	1	2	3	4	5
3. Comment estimez-vous le délai avec lequel vous avez obtenu le rendez-vous pour :						
- une consultation demandée par votre médecin traitant	0	1	2	3	4	5
- une consultation urgente demandée par votre médecin traitant	0	1	2	3	4	5
- une consultation que vous avez demandée	0	1	2	3	4	5
4. Concernant les parkings, comment évaluez-vous :						
- leur accès	0	1	2	3	4	5
- leur disponibilité	0	1	2	3	4	5
5. Comment appréciez-vous l'aspect général de notre hall de réception (inscriptions, badges) ?	0	1	2	3	4	5
6. Comment jugez-vous l'aspect général des locaux d'attente de cette consultation ?	0	1	2	3	4	5
7. Que pensez-vous de la signalisation interne ? (facilité d'orientation et de déplacement dans les cliniques, signalisations et indications affichées dans le hall de réception, ...)	0	1	2	3	4	5

B. PARTIE A REMPLIR APRES LA CONSULTATION.

Entourez le chiffre correspondant à votre perception :
0 sans réponse - **1** très insatisfaisante - **2** insatisfaisante - **3** moyenne - **4** bonne - **5** excellente

Comment évaluez-vous les prestations ?

8. du secrétariat : - à l'admission et à la remise du badge	0	1	2	3	4	5
- à l'accueil de la consultation.	0	1	2	3	4	5
9. du personnel infirmier	0	1	2	3	4	5
10. du personnel médical	0	1	2	3	4	5

BU LILLE

Entourez le chiffre correspondant à votre perception :
0 sans réponse - **1** très insatisfaisante - **2** insatisfaisante - **3** moyenne - **4** bonne - **5** excellente

11. Comment évaluez-vous la qualité du service, depuis votre prise de rendez-vous jusqu'à cet instant ?	0	1	2	3	4	5

12. Quelle est votre perception de :						
- la présentation du personnel :						
- médical	0	1	2	3	4	5
- infirmier	0	1	2	3	4	5
- des secrétariats de consultations	0	1	2	3	4	5
- l'attitude (courtoisie, politesse, amabilité, ...) du personnel :	0	1	2	3	4	5
- médical	0	1	2	3	4	5
- infirmier	0	1	2	3	4	5
- des secrétariats de consultations						
- la personnalisation de l'accueil :	0	1	2	3	4	5
- médical	0	1	2	3	4	5
- infirmier	0	1	2	3	4	5
- des secrétariats de consultations						
13. Comment appréciez-vous la durée d'attente sur place, avant la consultation ?	0	1	2	3	4	5

Comment appréciez-vous les réponses reçues suite à vos demandes d'informations :

14. A propos de votre état de santé ?	0	1	2	3	4	5
15. A propos du traitement prescrit ?	0	1	2	3	4	5
16. A propos des examens ultérieurs qui vous ont été prescrits ?	0	1	2	3	4	5
17. A propos des explications demandées à nos services administratifs ?	0	1	2	3	4	5

Entourez le chiffre correspondant à votre perception :
0 sans réponse - **1** très insatisfaisante - **2** insatisfaisante - **3** moyenne - **4** bonne - **5** excellente

18. En consultation, que pensez-vous des aspects de confidentialité :						
- à l'accueil des consultations	0	1	2	3	4	5
- en salle d'attente	0	1	2	3	4	5
- lors des contacts avec le médecin	0	1	2	3	4	5
- lors des examens médico-techniques (radiologie, prise de sang, électrocardiogramme, ...)	0	1	2	3	4	5
- lors des contacts avec les infirmiers(ères)	0	1	2	3	4	5
19. Si votre consultation a nécessité l'intervention de plusieurs personnes (médecins ou non médecins), comment appréciez- vous la synchronisation de l'ensemble ?	0	1	2	3	4	5
20. Comment percevez-vous l'esprit d'équipe entre les différentes catégories de personnel (médical, infirmier, kiné, technicien de radiologie, diététicienne et administratif) ?	0	1	2	3	4	5
21. Comment estimez-vous le délai d'attente pour un examen complémentaire réalisé le jour de votre consultation (radiologie, prise de sang, électrocardiogramme, ...) ?	0	1	2	3	4	5

22. Lors de la consultation, le médecin disposait-il de votre dossier ?

Oui ☐ Non ☐

23. Votre date de rendez-vous a-t-elle été différée par les Cliniques ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, en avez-vous été averti suffisamment tôt pour prendre vos dispositions (transport, prise de congé auprès de votre employeur, ...)

Oui ☐ Non ☐

24. Globalement, avez-vous été satisfait de nos services ?	0	1	2	3	4	5

25. A votre avis, quelle serait l'amélioration prioritaire à apporter ?

_____

_____

_____

NOUS VOUS SOMMES TRES RECONNAISSANTS DE VOTRE PARTICIPATION.

Annexe 6

STRUCTURE DU QUESTIONNAIRE "CONSULTATIONS"

Le questionnaire reprend les variables d'identification du patient, ainsi que les questions permettant d'évaluer son degré de fidélisation.

- *sexe et tranches d'âge* : serviront à tester la représentativité statistique des formulaires analysés par centre de frais de consultation
- *question 2, page 1* : en comparant les réponses des patients fidélisés avec les non fidélisés, on peut identifier les variables de fidélisation.
- *questions 8, 9 et 10, page 2* : seront utiles pour les tests de fiabilité assurant que le questionnaire est impartial au niveau des 3 métiers concernés par les consultations (test α de Cronbah sur les fonctions médicales, nursing + paramédicales et administratives).

> Pour être crédible lors de formations et assurer le succès des changements de comportements pour les 3 métiers, il faut pouvoir asseoir cette impartialité.

- *autres questions des pages 2, 3 et 4* : elles mesurent tant la perception des variables de réalisation du service que les variables attendues, en considérant l'accueil du patient (échelle de mesure à 5 positions). Elles sont reprises dans l'ordre décroissant d'importance (règle journalistique), en se basant sur des études déjà testées par SERVQUAL auprès de médecins d'hôpitaux aux USA, soit dans l'ordre :

1) perception du professionnalisme et de l'efficacité des fonctions médicales, paramédicales puis administratives ("realibility") : questions 8, 9 et 10
2) dimensions psycho-sociales perçues ("empathy and assurance") : questions 12 et 14 à 17
   - effort d'écoute et de considération du patient, sécurisation par rapport à la maladie, aux traitements, aux problèmes administratifs et financiers, courtoisie du personnel, ...
   - informations écrites et verbales, relatives au problème de santé du patient (brochures, ...)
3) éléments tangibles : questions 1 à 7 et questions 13, 19, 20, 21 et 23
   - accessibilité (facilité d'obtention des RV, horaires, attentes, obtention de renseignements téléphoniques, parkings, orientation dans l'hôpital, ...)
   - éléments de confort pour le patient, aménagements et environnement matériel dans l'hôpital (y compris décorations, informations affichées, systèmes multi-media interactifs, ...)
   - perception des bonnes relations de travail entre les différentes catégories de personnel (sécurisation du patient avant sa prise en charge)
4) responsabilisation : questions 14 à 17
   - manière dont le personnel respecte ses engagements (respect des délais demandés au patient, durée et temps consacré pour le patient, ...)
   - manière dont on fait participer le patient, en lui demandant son avis sur certaines alternatives de son traitement thérapeutique, ... (le rendre responsable de la prise en charge de parties de son traitement, dans la mesure où il en est capable, ...)

Les questions 11 et 24 permettent d'extraire les variables corrélées à la satisfaction du patient de manière fiable, puisqu'elles se renforcent entre elles.

UNIVERSITE DES SC. ET TECHN. BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE LILLE

LE MANAGEMENT STRATEGIQUE HOSPITALIER : CONTRIBUTION A LA MODELISATION DU CAS DE L'HOPITAL UNIVERSITAIRE

Michel BAELEN

Directeur de Recherche : Professeur Jean-Pierre DEBOURSE

Equipe de recherche : Laboratoire de Vie de la Firme en Longue Periode - IAE de Lille

La mise en oeuvre d'un processus d'analyse stratégique mêle des informations structurées et des données non structurées. Le calcul et la raison impliquent un effort de conception collective, ainsi que l'alternance entre l'explication positive et la compréhension. La logique linéaire d'usage courant en gestion doit faire place à une logique paradoxale qui implique les acteurs externes et internes de l'hôpital. La théorie partielle appliquée à l'hôpital s'inscrit dans une théorie moyenne spécifique au secteur de la santé.

Nous nous sommes référés à plusieurs études positives et hypothético-déductives récentes. Les caractéristiques de l'environnement hospitalier universitaire ont été déduites d'interviews effectués au sein de 14 hôpitaux. Une phase quantitative d'analyse des représentations de 1.230 Dirigeants professionnels et gestionnaires a été assurée auprès de 290 établissements de grande taille en France et en Belgique. Trois enquêtes, ainsi qu'une étude positive des comportements de consommation des services de soins ont permis de valider les attributs discriminants des services offerts par l'hôpital. La recherche intègre : les mécanismes des pouvoirs de monopole, la gestion des changements dans les entreprises complexes, les caractéristiques des organisations de professionnels, la théorie de l'agence, .. . Le processus de management stratégique, la composition du sommet stratégique et les méthodes d'analyses stratégiques proposées devront probablement subir des aménagements lors de leur mise à l'épreuve. Cependant, différentes hypothèses vérifiées dans le secteur marchand ont pu être validées dans le cas de l'hôpital universitaire. Nous espérons également avoir ouvert de nouvelles voies de recherche en management stratégique hospitalier, adaptées au contexte européen.

Mots - Clefs :

Management stratégique hospitalier - Projet d'entreprise hospitalier - Stratégie hospitalière universitaire - Politique de réseaux hospitaliers - Marketing stratégique hospitalier - Contrôle stratégique hospitalier