

*Sous la direction de*  
**Béatrice Fermon et Philippe Grandjean**

---

# Performance et innovation

dans les établissements de santé

*Préface de Christian Anastasy*

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2015

5 rue Laromiguière, 75005 Paris  
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-071097-3

Photo de couverture : © spotmatikphoto - Fotolia.com

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

# Table des matières

<b>Table des matières</b> .....	III
<b>Les auteurs</b> .....	XI
<b>Remerciements</b> .....	XVII
<b>Préface</b> .....	XIX
<b>Introduction</b> .....	1

## **Partie 1**

### **Les dimensions de la performance dans le secteur de la santé**

Chapitre 1	<b>La performance, contenus et formes</b> .....	9
	par Philippe Grandjean	
	1. La performance dans sa complexité	10
	2. La performance dans le secteur sanitaire et médico-social	17
	3. Synthèse	26
Chapitre 2	<b>Outils et modèles de pilotage de la performance</b> .....	31
	par Philippe Grandjean	
	1. Introduction	32
	2. Identifier la performance	32
	3. Piloter la performance	41
	4. Les modèles spécifiques au secteur de la santé	47
	5. Conclusion	58
	6. Annexes	61

Chapitre 3	<b>Les politiques hospitalières dans la durée. L'articulation permanente entre la recherche de la performance et la rénovation des politiques publiques ...</b>	67
	par Yves Joncour	
1.	Introduction	68
2.	La contingence entre l'émergence des réformes hospitalières et la rénovation des politiques publiques en France	70
3.	Crise, rémission ou convalescence : le système hospitalier et la performance	83
4.	Conclusion : et demain quel avenir pour l'hôpital ?	89
Chapitre 4	<b>Performance et qualité des établissements de santé .....</b>	91
	par Anne Girault et Étienne Minvielle	
1.	Introduction	92
2.	Cadrage des concepts de qualité et de régulation	92
3.	Approche historique de la régulation de la qualité	96
4.	Épilogue ou prologue ?	99
5.	Conclusion	102
6.	Bibliographie	102
Chapitre 5	<b>Sans compétences, pas de performance ? .....</b>	105
	par Sylvie Lucas et Véronique Duveau	
1.	Introduction	106
2.	Émergence de la notion de compétence dans les deux mondes du travail et de la formation : définitions et historique	106
3.	La compétence et les soignants : état des lieux	114
4.	Potentiels de progrès de la démarche compétence	119
5.	Conclusion	121
6.	Bibliographie	122
Chapitre 6	<b>Le manager et son ombre. Pour une éthique managériale à part entière .....</b>	125
	par Alice Casagrande	

1.	Introduction	126
2.	Éthique et management : les antagonismes	126
3.	Le management percuté : serremments de cœur et rancœurs dans les services	130
4.	Pour une éthique de la discussion à l'hôpital	133
5.	Conclusion	138
6.	Bibliographie	139
Chapitre 7	<b>Oser la confiance. Pour une gouvernance socio-sanitaire performante . . . . .</b>	141
	par Robert H. Desmarteau, Marie Boucher et Carole Trempe	
1.	Introduction	142
2.	La confiance	143
3.	La gouvernance	145
4.	La performance	152
5.	Propositions	153
6.	Conclusion	155
7.	Annexe : Projet de loi n 127 visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux adoptée le 13 juin 2011	156
8.	Bibliographie	157

## Partie 2

### Démarches et transformations des organisations de travail

Chapitre 8	<b>Le management par projets. Un défi pour les établissements de santé . . . . .</b>	167
	par Daniel Jancourt et Michel Simart	
1.	Introduction	168
2.	Projet, gestion de projet, conduite de projet, management de projet, management par projets : de quoi parle-t-on au juste ?	169
3.	Quelques conditions de réussite du management de projet	174
4.	Le management par projets, levier de la performance ?	180

TABLE DES MATIÈRES

5.	Conclusion	183
6.	Bibliographie	184
Chapitre 9	<b>L'ordonnancement. Un dispositif innovant au service de l'organisation</b> .....	185
	par Christine Moriceau	
1.	Introduction	186
2.	Genèse du dispositif d'ordonnancement	186
3.	Généralisation de démarche	191
4.	La performance dans ce projet	200
5.	Conclusion	205
6.	Bibliographie	205
Chapitre 10	<b>L'optimisation du circuit administratif du patient et sa participation à la performance d'une organisation au profit de l'utilisateur</b> .....	207
	par Nadine Durand	
1.	Introduction	208
2.	Le diagnostic stratégique	209
3.	Le circuit administratif du patient : l'organisation d'un processus	217
4.	Les facteurs clés de succès et les dimensions innovantes du projet	228
5.	Conclusion	234
6.	Acronymes	234
7.	Bibliographie	235
Chapitre 11	<b>La mutualisation des moyens. Un défi managérial</b> .....	237
	par Jacques Fresnais	
1.	Introduction	238
2.	Le processus de mutualisation	239
3.	Présentation de deux projets suédois de mutualisation	241
4.	Analyse et enseignements	247
5.	Conclusion	250

6.	Bibliographie	251
Chapitre 12	<b>La mise en place du <i>lean management</i>, un bouleversement de l'univers hospitalier ?</b> .....	253
	par Gregor Bouville et Carole Trempe	
1.	Introduction	254
2.	Qu'est-ce que le <i>lean</i> ?	255
3.	Une perspective historique sur l'implantation du <i>lean management</i> à l'hôpital	255
4.	L'implantation du <i>lean management</i> : les résultats attendus sont-ils obtenus ?	258
5.	L'expérience québécoise du <i>lean</i> : le soutien à la transformation du réseau de la santé et des services sociaux	259
6.	Conclusion	265
7.	Bibliographie	266
Chapitre 13	<b>Manager sur une ligne de crête... Une expérience d'amélioration de la qualité des transmissions soignantes</b> .....	267
	par Simon Azaïs	
1.	Introduction	268
2.	Le dispositif d'amélioration de la qualité des transmissions soignantes	269
3.	Rendre volontaire un changement imposé, le paradoxe de l'efficacité managériale	277
4.	Le suivi des transmissions des soignants	283
5.	Entre autonomie et autoritarisme : l'autodétermination ou comment concilier performance en santé et prévention des risques psycho-sociaux ?	285
6.	Conclusion : l'éthique managériale et la maïeutique au service de la performance en santé	288
7.	Annexes	289
Chapitre 14	<b>Les établissements de santé à l'heure du <i>fundraising</i></b> .....	293
	par Emmanuelle Leroy	

1.	Introduction	294
2.	Les fondamentaux du <i>fundraising</i>	294
3.	Lancer une <i>capital campaign</i> : pourquoi et comment solliciter les grands dons ?	306
4.	Retour sur des facteurs de succès et apprentissages de « Révolution Cancer » transposables	309
5.	Conclusion	315

### Partie 3

#### Les acteurs de la performance

Chapitre 15	<b>L'exercice renouvelé de la fonction de directeur</b> .....	321
	par Olivier Ovaguimian	
1.	Introduction	322
2.	Directeur d'hôpital, une fonction, des métiers	322
3.	La loi HPST, vers de nouvelles formes d'exercice	325
4.	Le défi de la performance	329
5.	Conclusion	331
Chapitre 16	<b>Le cadre paramédical de pôle, un acteur pionnier dans le changement hospitalier</b> .....	333
	par Gisèle Hoarau et Catherine Dumas	
1.	Introduction	334
2.	Éléments de contexte	334
3.	La conduite du changement	337
4.	Le CPP porteur et manager de projets	338
5.	Analyse de la place du CPP dans le changement de gouvernance hospitalière	342
6.	Conclusion	347
7.	Annexes	348



Chapitre 17	<b>La contribution de l'encadrement à la performance. Quelles réalités ?</b> .....	353
	par Céline Dugast et Marie-Claire Chauvancy	
1.	Introduction	354
2.	L'enquête	355
3.	Quelle est la contribution des cadres à la performance ?	363
4.	Comment renforcer la contribution des cadres à la performance ?	368
5.	Conclusion	373
Chapitre 18	<b>Les nouvelles compétences du pilotage économique</b> .....	375
	par Roland Muller	
1.	Introduction	376
2.	Les réformes et leurs implications sur le pilotage	377
3.	Les acteurs de la performance hospitalière	383
4.	Les leviers de la performance à l'hôpital	388
5.	Conclusion	391
Chapitre 19	<b>L'efficience par le dialogue... L'expérience de l'Institut Sainte-Catherine</b> .....	393
	par Sfaya Kouidri-Uzan	
1.	Introduction	394
2.	Le constat de départ : les difficultés liées à la première structuration en pôles	394
3.	Une nouvelle organisation au service du projet d'établissement	397
4.	La cellule médico-économique (C-MEco)	402
5.	Conclusion	407
Chapitre 20	<b>Le contrôle de gestion hospitalier. Une innovation managériale dans le pilotage des établissements de santé ?</b> .....	409
	par Olivier Baly	
1.	Introduction	410

TABLE DES MATIÈRES

2.	Les transformations structurelles des organisations hospitalières	413
3.	Physiologie du contrôle de gestion hospitalier : un pilotage des performances métabolisé, davantage orienté vers l'intégration que vers la supervision	417
4.	La fonction opérationnelle du contrôle de gestion hospitalier : une fonction potentielle de métabolisation du pilotage des processus	423
5.	Conclusion : le contrôle de gestion comme facteur d'innovation managériale au sein des établissements de santé	429
6.	Annexe : synthèse des différents types de configurations structurelles des organisations proposés par Henry Mintzberg ([1978], 1982)	431
7.	Bibliographie et références	431
Chapitre 21	<b>L'éducation thérapeutique du patient dans les maladies chroniques, facteur de performance pour le système de santé ? .....</b>	433
	par Patrick Jourdain	
1.	Introduction	434
2.	Présentation de l'éducation thérapeutique (ETP)	434
3.	L'éducation thérapeutique dans le cadre des pathologies chroniques : exemple de l'insuffisance cardiaque chronique	442
4.	Problématiques et pistes pour la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique performante	448
5.	Conclusion	451
<b>Conclusion</b>	.....	453

# Les auteurs

**Simon AZAÏS** — Responsable qualité et coordonnateur de la gestion des risques à la maison de santé Claire-Demeure et à la maison médicale Notre-Dame-du-Lac depuis mars 2014 (deux établissements de la Fondation Diaconesses de Reuilly), il a obtenu une maîtrise d'anthropologie des pratiques corporelles en 2002. Il a exercé en tant qu'infirmier de soins palliatifs à NDL entre 2008 et 2010 avant d'occuper un poste de cadre de proximité à CD. Il a parallèlement obtenu en 2013 un master en économie et gestion de la santé et des politiques sociales à l'université Paris-Dauphine.

Il a écrit en 2003 un article portant sur la structuration subjective temporelle de la leçon d'éducation physique et sportive paru à la revue de l'ARIS (Association pour la recherche sur l'intervention en sport). Il intervient sur les problématiques managériales dans le cadre des journées EVC-EPR organisées par le CRFTC (centre de ressource francilien du traumatisme crânien) et participe à des colloques comme les universités d'été de l'Anap où il y a fait une communication en août 2014.

**Olivier BALY** — Diplômé d'HEC et de l'IEP d'Aix-en-Provence, il a rejoint l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (Anap) en 2010, après plusieurs années passées au sein du Cabinet Deloitte en tant que consultant spécialisé dans le secteur de la santé. Depuis 2012, il est en charge, avec une équipe de plusieurs collaborateurs, de la mise en œuvre du Plan national de déploiement de la comptabilité analytique hospitalière piloté par la direction générale de l'Offre de soins du ministère de la Santé, et anime un cercle de contrôleurs de gestion hospitaliers. En lien avec ces missions à l'Anap, Olivier Baly poursuit une activité de recherche et d'enseignement en gestion hospitalière. Il intervient notamment dans le cadre du module « Finances » de l'École des hautes études en santé publique et assure différentes formations à destination des contrôleurs de gestion hospitaliers.

**Marie BOUCHER** — Infirmière de formation (baccalauréat en sciences infirmières, université de Montréal) et détentrice d'une maîtrise en administration des services de santé de la même institution, elle cumule près de trente ans d'expérience à titre de gestionnaire et de direction dans le système de santé au Québec. Elle est maintenant candidate au doctorat en administration à l'École des sciences de la gestion de l'UQAM. Ses intérêts de recherche touchent les processus de gouvernance dans les univers complexes, et particulièrement les mécanismes de prise de décision favorisant la participation de la pluralité d'acteurs.

**Grégor BOUVILLE** — Maître de conférences en gestion des ressources humaines à l'université Paris-Dauphine et membre de l'équipe Management & Organisation – DRM-UMR CNRS 7088, docteur en sciences de gestion, agrégé d'économie et gestion et titulaire d'un master recherche en sociologie du travail et des organisations, il est l'auteur d'une thèse en 2009 intitulée *L'Influence de l'organisation et des conditions de travail sur l'absentéisme. Analyse quantitative et étude de cas*. Il est lauréat (2012), en collaboration avec Stéphane Le Lay, d'un prix de recherche Malakoff-Médéric innovation pour la santé au travail pour l'étude sur *La santé des éboueurs. Analyse des déterminants professionnels et organisationnels de l'absentéisme*. Ses thèmes de recherche sont orientés vers la santé et le bien-être au travail, l'organisation et les conditions de travail, le comportement organisationnel, la question du genre dans le travail et l'articulation entre travail et famille, la gestion des âges et l'influence des politiques et des pratiques de gestion des ressources humaines sur la santé au travail et sur les comportements organisationnels.

**Alice CASAGRANDE** — Formée à l'institut d'études politiques de Paris, à l'université de Cambridge et Grande-Bretagne, puis à Paris I-Sorbonne et l'École des hautes études en sciences sociales et philosophie éthique jusqu'au DEA, elle fonde après ses études une association de formation, ayant pour but de

diffuser le questionnement éthique dans des lieux où il est primordial, maisons de retraite et hôpitaux psychiatriques en particulier. Après quelques années, l'association devient société de conseil et se spécialise dans les questions d'éthique soignante et de lutte contre la maltraitance. En 2007, elle rejoint l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (Anesm) où elle pilote les travaux sur la maltraitance et la bientraitance. En 2009, elle prend la tête du département qualité, gestion des risques et promotion de la bientraitance pour les 400 établissements de la Croix-Rouge française. En octobre 2014, elle est recrutée à la Fédération des établissements privés à but non lucratif (FEHAP) pour devenir directrice de la vie associative et de la formation.

Elle a publié de nombreux articles sur les questions d'éthique et de management, et trois ouvrages : *Questions d'éthique autour du donneur vivant* (2005) ; *Vieillir en institution* (2006) ; *Ce que la maltraitance nous enseigne* (2012).

**Marie-Claire CHAUVANCY** — Cadre supérieur paramédical, coordinateur des plateaux d'imagerie du groupement hospitalier est des hospices civils de Lyon, titulaire d'un master « Économie et gestion des systèmes de santé et de protection sociale » de l'université Paris-Dauphine, elle a publié, entre autres, dans *Carnets de santé*, site de Serge Cannasse, « Les pôles d'activité, une chance pour l'encadrement ? » et « Les réformes hospitalières et leur impact sur l'encadrement infirmier », textes cités en référence bibliographique du rapport de la mission Cadres hospitaliers présenté par C. de Singly, le 11 septembre 2009 à la ministre de la santé et des sports.

Co-auteur d'un ouvrage collectif, *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail* sous la direction de Dominique Bourgeon, aux Éditions Lamarre, 2012, elle est intervenante sur les cycles préparatoires aux concours d'entrée à l'IFCS Sainte-Anne (Paris).

**Robert H DESMARTEAU** — Professeur titulaire de stratégie d'entreprise au département de stratégie, responsabilité sociale et environnementale à l'École des sciences de la gestion de l'université du Québec à Montréal (ESG, UQAM). Il enseigne depuis plus de trente ans dans des programmes de maîtrise au Québec et sur la scène internationale et de façon spécifique dans le programme MBA pour cadres de l'ESG UQAM. Ses intérêts de recherches intègrent le design de modèles d'affaires, la gouvernance en santé et le développement du capital social.

**Céline DUGAST** — Juriste en droit public, elle a débuté par un parcours dans la fonction publique territoriale en tant que chef du service développement social de la ville de Garges-les-Gonesse, puis directrice des solidarités de l'action sociale de la ville de Bagnolet ; elle poursuit sa carrière dans la fonction publique hospitalière en tant que directrice adjointe chargée de la stratégie et des projets au centre hospitalier Marc-Jacquet de Melun puis directeur adjoint en charge de la DRH médicale et non médicale au centre hospitalier sud francilien d'Évry-Corbeil. Elle est désormais directrice du centre hospitalier de Wissembourg. Membre de la conférence nationale des directeurs des centres hospitaliers (CNDCH) et de l'Association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux (ADHRESS) elle participe régulièrement au congrès « Human Resources » et à la publication d'articles relatifs aux ressources humaines et à la performance.

**Catherine DUMAS** — Effectue aujourd'hui son deuxième mandat de cadre paramédical du pôle Urgences et aval multi-sites du groupe hospitalier universitaire de l'AP-HP. Elle est titulaire du master « Économie et gestion des systèmes de santé et de protection sociale » de l'université Paris-Dauphine. Elle est présidente de la collégiale paramédicale des urgences de l'AP-HP depuis 2012 et vice-présidente de la collégiale des cadres paramédicaux de pôles de l'AP-HP. Elle a été membre de la commission d'audit réalisé par la Société française de médecine d'urgences et a participé à la mission « Pacte de confiance à l'hôpital public » pilotée par Édouard Coutu.

**Nadine DURAND** — Exerce des fonctions de cadre administratif depuis trente-cinq ans dans la fonction publique hospitalière. Attachée d'administration hospitalière depuis 1998, elle a été successivement

responsable de services financiers, adjointe au directeur des ressources humaines et est actuellement responsable d'un service de facturation dans des hôpitaux parisiens. Ses différents postes de cadre supérieure lui ont permis d'acquérir de solides connaissances financières, statutaires et techniques. En parallèle, elle a été missionnée sur chacun de ses postes pour y mener un projet de réorganisation du service dont elle avait la responsabilité. Ces différentes expériences lui ont permis de s'initier à l'exercice managérial qu'elle a souhaité approfondir en suivant le master « Économie et gestion des systèmes de santé et de protection sociale » à l'université de Paris-Dauphine qu'elle obtient en 2012.

**Véronique DUVEAU** — Pédagogue multimédia, formateur de formateurs et consultante, depuis plus de vingt ans, elle est chargée d'enseignement en pédagogie, communication et ressources humaines au département d'éducation permanente de l'université de Paris-Dauphine pour les formations Santé. Elle a conçu et animé le DESS Images numériques et Interactivité (UHP Nancy/Épinal) durant quinze ans. Ses expertises croisées en pédagogie et nouvelles technologies de l'information et de la communication la conduisent à travailler très régulièrement auprès de plusieurs acteurs publics français, européens ou internationaux (ministères, régions, écoles nationales, universités) pour leur formation de formateurs ; leur développement TIC (technologies de l'information et de la communication) en formation : outils, scénarios et dispositifs de formation innovants ; leurs évolutions vers la société cognitive : travail/apprentissage collaboratif, *knowledge management*...

**Béatrice FERMON** — Enseignante chercheur à l'université Paris-Dauphine, elle a créé et co-dirige l'*executive MBA Santé* de l'université. Elle est également responsable du master Économie et gestion de la santé (1<sup>re</sup> et 2<sup>nd</sup>e années) qui, chaque année, forme en alternance près de 250 cadres et cadres supérieurs hospitaliers. Ses travaux de recherche sont en lien direct avec les interrogations du secteur. Ils privilégient les méthodologies de la recherche-action. Ils interrogent les modalités de gestion des établissements du secteur sanitaire et médico social par l'intermédiaire de la thématique qualité. Membre du Collège des économistes de la santé, elle intervient auprès d'institutions comme la Haute Autorité de santé (HAS), la Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie (CNSA), l'Agence nationale de l'évaluation des établissements du secteur médico-social et social (ANESM), la Fédération des établissements hospitaliers et associatifs privés (FEHAP) dans le cadre de groupes de travail, de comités de lecture ou de comités d'orientation.

**Jacques FRESNAIS** — Titulaire de l'*executive MBA Santé* de l'université Paris-Dauphine, d'un magistère en économie et gestion de la santé (titre RNCP1) et d'un certificat de spécialisation finances et contrôle de gestion des services de santé du CNAM, il s'est spécialisé dans la reprise des établissements médicaux et médico-sociaux en difficulté. Après un début de carrière dans le secteur privé suédois (Capio et Attendo), il exerce depuis 2005 dans le secteur public de ce même pays. Directeur général du département de gestion des intérimaires du comté de Västerås, en Suède depuis 2011, il est chargé de la mise en place de techniques de management du secteur privé dans l'administration du comté. Il participe à la formation des nouveaux directeurs d'établissements de santé sur les domaines suivant : contrôle de gestion, service public et création de valeur, mutualisation des moyens et gestion de crise. Il intervient dans le master d'Économie et gestion des établissements de santé de l'université Paris-Dauphine.

**Anne GIRAULT** — Doctorante au sein du laboratoire de recherche MOS (Management des organisations de santé — EHESP) dirigé par le Pr E. Minvielle, elle est diplômée de l'EM Lyon (École de management de Lyon) et titulaire du master de santé publique de l'EHESP (MPH). Dans le cadre de sa thèse de doctorat, elle travaille sur des modes de financement innovants des établissements de santé et notamment sur la question de leur adoption par les professionnels de santé. Elle a présenté ses travaux à la conférence annuelle de l'International Society for Quality in Healthcare (ISQUA) à Rio de Janeiro en 2014. Parallèlement, elle s'intéresse à la coordination des soins en oncologie et à la possibilité d'utiliser les nouvelles technologies de l'information et de la communication pour la prise en charge des patients. Elle

a présenté un poster scientifique sur ce sujet dans le cadre du congrès annuel de la European Society for Medical Oncology (ESMO) en 2014. Elle est lauréate de la Chaire de management des établissements de santé de l'EHESP.

**Philippe GRANDJEAN** — Diplômé de l'École supérieure de commerce de Reims, après quinze ans passés en entreprise à des postes de direction administrative et financière, il s'est spécialisé dans le conseil et la formation en contrôle de gestion dans le secteur public. Il est co-auteur d'un ouvrage sur ce sujet. Professeur affilié à l'université Paris-Dauphine, il enseigne dans le master économie et gestion de la santé et de la protection sociale, dans l'*executive MBA Santé* et dans le master gestion publique Dauphine-Ena. Il intervient également à l'Institut de la gestion publique et du développement économique (ministère des Finances et des Comptes publics) où il a formé plus de 350 contrôleurs de gestion ministériels ou des services déconcentrés de l'État.

**Gisèle HOAREAU** — Coordonnatrice paramédicale de pôle de spécialité cancérologie dans un groupe hospitalier de l'AP-HP, infirmière de formation, elle a poursuivi un parcours universitaire en management et gestion médico-économique complété par des formations en coaching et accompagnement au changement. Avant d'exercer des fonctions d'encadrement dans les services de soins, elle a été formatrice en institut de formation paramédicale. Investie dans la vie de l'institution hospitalière, elle est actuellement présidente de la collégiale des cadres paramédicaux de pôle de l'AP-HP. Elle est également présidente de l'Association française des infirmiers d'hématologie, de thérapie cellulaire, d'oncologie et de radiothérapie (AFITCH — OR), et membre de l'Association francophone et européenne des diagnostics infirmiers. Elle est auteur et co-auteur de plusieurs articles et livres. Elle est également co-productrice de films documentaires dont un (*Bientraitance, le malade est une personne*) primé aux entretiens de Bichat en 2013.

**Daniel JANCOURT** — Docteur en sciences politiques, directeur d'hôpital, depuis près de trente ans, ses expériences sont éprouvées dans les champs sanitaires et sociaux. Il a dirigé le projet de refonte du système d'information de gestion des Hôpitaux de Paris (37 hôpitaux, 8 000 utilisateurs, près de 300 processus portant sur les finances, la logistique, les achats, le patrimoine, l'investissement et les ressources humaines). Il a porté la transformation des 37 hôpitaux des Hôpitaux de Paris en 12 groupes hospitaliers. Après avoir été maître de conférences à l'Institut d'études politiques de Paris chargé des cours de relations du travail et de protection sociale, il s'est investi dans la gestion de projet et les questions de gouvernance. Il a créé et codirige avec Béatrice Fermon l'*executive MBA Santé* de l'université Paris-Dauphine où il enseigne la gestion de projet. Il a participé à la création de l'Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux, puis en a été le président pendant sept ans. Il est expert auprès de l'Agence pour l'évaluation de la recherche de l'enseignement supérieur. Il est auteur d'un ouvrage de référence en matière de gestion des ressources humaines.

**Yves JONCOUR** — Expert reconnu de la modernisation et du pilotage des organisations publiques, il est spécialisé depuis près de trente ans dans le domaine du management hospitalier.

Il a participé à la mise en œuvre d'outils et de méthodes de gestion associés au pilotage des établissements comme les tableaux de bord et la comptabilité analytique hospitalière. Depuis une dizaine d'années, il s'est fortement impliqué dans le diagnostic des fonctions supports (achat, finances, contrôle de gestion...). Il a notamment rédigé plusieurs guides en collaboration avec l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans ces domaines. Il a travaillé également sur l'optimisation de processus de management et la mise en place de projets d'établissement. Intervenant dans le domaine social et médico-social, comme dans le domaine sanitaire, il a accompagné en conseil ou en formation diverses collectivités territoriales et établissements de santé dans la mise en œuvre des dispositions légales et réglementaires (loi de 1991, ordonnance de 2003, loi HPST).

Dans d'autres secteurs, il a en charge l'animation de l'École de la LOLF en lien avec la direction du Budget

du ministère de l'Économie et des Finances et forme des managers publics de haut rang aux réformes financières et organisationnelles.

**Sfaya KOUIDRI-UZAN** — Médecin spécialiste en santé publique, elle est responsable du département d'information médicale de l'Institut Sainte-Catherine à Avignon depuis 2002. Cette fonction lui permet de travailler sur l'un de ses domaines de prédilection : le pilotage médico-économique en santé. Ses connaissances, médicale et économique, renforcées par l'*executive* MBA Santé qu'elle a obtenu à Paris-Dauphine, l'ont amené à collaborer avec la direction dans le domaine de l'analyse stratégique. Elle est membre du Cercle Performance Comptabilité analytique et Contrôle de gestion (CANAH) de l'Anap depuis avril 2012. Dans ce cadre, elle a participé à l'écriture d'un guide de contrôle de gestion pour les établissements de santé. Elle est responsable d'une unité d'enseignement (UE4) dans le cadre de la licence management ingénierie des départements d'information médicale (MIDIM) à l'université d'Avignon et des Pays du Vaucluse depuis 2007.

**Emmanuelle LE ROY** — Responsable du pôle Partenariat et collecte de fonds de l'Institut Gustave Roussy depuis 2002, elle a mis ses compétences marketing acquises en École supérieure de commerce (Weller, Lincoln University – San Francisco, ESCP) au service de la mission de cet établissement. Recrutée à Gustave Roussy pour y développer le *fundraising*, elle a, en l'espace de dix ans, hissé l'Institut dans la cour des grands, avec des recettes qui avoisinent aujourd'hui les 20 millions d'euros. Au cours de cette décennie, elle a développé la base de données donateurs en créant et déployant avec son équipe, de nombreux outils et modes de collecte (marketing direct, mécénat, événementiel, campagne grands donateurs,...), mais ce dont elle est le plus fière et d'avoir su, au fil du temps, instiller la culture *fundraising* au sein de l'hôpital : la collecte de fonds est un axe à part entière du prochain projet d'établissement de Gustave Roussy. Par ailleurs, Emmanuelle Le Roy est membre du bureau de Réseau Communicants Santé. Elle est diplômée de l'*executive* MBA Santé de Paris-Dauphine.

**Sylvie LUCAS** — Maître de conférences à l'université Paris-Dauphine, elle a été responsable de cursus universitaires en formation continue en direction de publics de cadres et plus spécifiquement dans le secteur de la santé. Ses recherches ont porté sur les problématiques hospitalières dans les champs de la formation et du management tant en mobilisant sa formation académique en gestion que sa spécialisation en sociologie hospitalière.

Experte auprès du ministère de la Santé sur les conditions de travail, elle a été membre de la mission sur les cadres hospitaliers dite « mission de Singly » en 2008-2009. Elle a été à l'origine des partenariats universitaires entre plusieurs IFCS et l'université Paris-Dauphine.

À l'international, elle a été responsable de la branche santé du MBA International Paris en partenariat avec l'IAE de Paris et l'université Saint-Joseph de Beyrouth, Liban jusqu'en 2010. Elle est co-auteur, avec Josette Hart, de *Management hospitalier, stratégies nouvelles des cadres*, Éditions Lamarre, 2002.

**Étienne MINVIELLE** — Médecin (Paris V), ancien élève de l'Essec et titulaire d'un doctorat en gestion (École polytechnique), il est professeur des universités (École des hautes études en santé publique, EHESP), titulaire de la chaire de management, et directeur de la qualité à l'institut de cancérologie Gustave Roussy.

Il a publié plus de cent articles notamment sur la performance hospitalière, la qualité des soins, les modes de paiement et la coordination des parcours de soins. Il est membre de différents comités scientifiques et président de l'Association française de recherche en gestion en santé (Aramos).

**Christine MORICEAU** — Infirmière de 1989 à 2007, elle quitte le Samu-44 où elle exerce depuis plusieurs années pour devenir cadre de santé en 2008. Après une expérience d'encadrement en ophtalmologie, elle accepte la responsabilité du poste d'ordonnancement nouvellement créé qu'elle occupera jusqu'en 2014. Titulaire du master Économie et gestion de la santé et de la protection sociale de l'université Paris-Dauphine, option « Économie et gestion des établissements de santé », membre du bureau du

cerle « Gestion des lits » de l'Agence nationale d'appui à la performance, elle participe à la promotion de l'ordonnancement sur le plan national. Elle est co-auteur d'un article intitulé « Gestion des lits et ordonnancement du circuit patient : un dispositif innovant expérimenté au CHU de Nantes » paru dans la *Revue hospitalière de France*, n° 552, mai-juin 2013.

**Roland MULLER** — Attaché d'administration hospitalière au sein des hôpitaux universitaires Paris-Ouest, il a réalisé tout son parcours professionnel au sein de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, principalement dans le domaine des finances. Au sein de l'hôpital européen Georges-Pompidou, il a d'abord occupé un poste de contrôleur de gestion. Depuis l'obtention du master Économie et gestion de la santé et de la protection sociale de l'université Paris-Dauphine, option « Économie et gestion des établissements de santé », il occupe le poste d'adjoint au directeur des finances du groupe des Hôpitaux universitaires Paris-Ouest. Fréquemment sollicité en tant que formateur des professionnels exerçant nouvellement dans des secteurs financiers ou de contrôle de gestion de l'AP-HP, il intervient également ponctuellement auprès d'organismes de formation du secteur public et régulièrement dans le cycle du master « Économie et gestion des établissements de santé » de l'université Paris-Dauphine.

**Olivier OVAGUIMIAN** — En vingt-cinq ans de carrière au sein de la fonction publique hospitalière, il a occupé plusieurs emplois avec des responsabilités croissantes. Technicien d'analyses biomédicales, spécialisé en virologie moléculaire, il a ensuite développé des compétences managériales dans le domaine de la qualité puis en tant que cadre d'une équipe de professionnels.

Les fonctions d'encadrement supérieur lui ont permis d'exercer au sein d'un établissement précurseur de la mise en place des pôles, où il était chargé de la politique du développement des activités, puis d'occuper la fonction de cadre paramédical de pôle. Depuis 2013, la fonction de directeur d'hôpital lui permet aujourd'hui de concilier la connaissance des contraintes de terrain et les enjeux stratégiques pour l'établissement, d'abord en tant que secrétaire général, et aujourd'hui de DRH.

Il mobilise également ce double positionnement d'ancien soignant et de directeur d'hôpital lors d'interventions en cabinet de conseil, en instituts de formation, ou lors de collaborations avec l'équipe du master économie de la santé de l'université Paris-Dauphine.

**Michel SIMART** — Directeur d'hôpital. Après avoir dirigé successivement plusieurs hôpitaux au sein de l'AP-HP, ouvert le nouveau Samu de la ville de Paris, il a occupé des fonctions de consultant dans des grands cabinets de conseil. Il a été notamment chargé de développer le département « Santé et management des établissements de santé, médico-sociaux et sociaux » du groupe Thales Engineering and Consulting. La variété de ses expériences lui a permis d'acquérir de solides compétences sur les questions de la stratégie et du management hospitalier, de la conduite du changement, du management par projet et du management des hommes qu'il partage en intervenant en conférences ou en publiant des articles. Depuis octobre 2006, il est directeur général en charge du projet de reconstruction et de reconversion de l'hôpital Saint-Michel, le plus gros complexe d'établissements médico-sociaux de Paris (ouverture fin 2016).

Il intervient de manière très régulière pour former les professionnels du secteur de la santé, que ce soit des médecins, des directeurs ou les cadres hospitaliers. Depuis de nombreuses années, il assure des enseignements à l'Université Paris-Dauphine dans le cadre du master « Économie et gestion de la santé » ainsi que dans l'executive MBA Santé.

**Carole TREMPE** — Après vingt années de pratique du droit, un poste de conseillère à la direction générale du CH Pierre-Le-Gardeur occupé pendant trois ans concurremment à des études en bioéthique et en gestion à l'université de Montréal, à l'ESG-UQAM et à l'université Paris-Dauphine, elle occupe le poste de directrice générale de l'Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux du Québec depuis avril 2003.



# Remerciements

**C**E LIVRE EST NÉ de rencontres que nous avons faites au cours de notre vie professionnelle : rencontres de soignants préparant le diplôme de cadre de santé, rencontres de cadres en activité venant renforcer leurs compétences de gestion et de management à l'université Paris-Dauphine, rencontres d'enseignants acceptant de s'investir dans la découverte du secteur de la santé, rencontres de professionnels du secteur désireux de transmettre les savoirs accumulés au cours de leurs expériences, rencontres nationales ou en dehors de nos frontières, rencontres initiées ou auxquelles nous avons répondu, rencontres anciennes ou récentes.

Depuis ces moments de rencontre, chacun a poursuivi son chemin professionnel en prenant, pour certains, des postes à responsabilités élargies. Lorsque nous avons sollicité les auteurs au printemps 2013, ils ont tous répondu immédiatement « présent ! », malgré des agendas remplis.

Pour cette réactivité, merci.

Le projet était ambitieux : vingt-six personnes d'horizons différents, quatorze femmes et douze hommes, certains peu habitués à l'exercice d'écriture, d'autres écrivant à quatre mains — ce qui n'est pas une chose aisée — d'autres encore, contactés au cours de la réalisation du projet et qui, de ce fait, ont eu moins de temps pour réaliser leur chapitre, d'autres enfin plus rapides à rédiger le leur, ont dû accepter le rythme collectif...

Pour cet engagement et cette ténacité, merci.

Le projet était exigeant (le lecteur peut juger du volume de l'ouvrage qu'il tient entre ses mains). Le style devait être harmonisé, les intentions initiales devaient être respectées, il convenait de garantir une cohérence d'ensemble. Nous avons fait preuve d'un certain niveau de rigueur avec les auteurs, et ce avec constance... particulièrement pendant l'été 2014, période de congés pour la plupart d'entre eux... Nous leur avons demandé de nombreux amendements aux textes initiaux pour tenir compte de l'évolution du projet lui-même.

Pour cette patience et cette humilité, merci.

Mais au delà des efforts de chacun que nous voulons souligner, nous sommes particulièrement sensibles à la confiance qui nous a été accordée dès le début du projet par chacun des auteurs et qui ne s'est pas démentie, jusqu'à son terme. Nous avons aussi apprécié la confiance et la réactivité de Christian Anastasy qui a accepté de préfacer cet ouvrage.

Pour cette œuvre collective, merci à tous et à chacun.

Béatrice FERMON et Philippe GRANDJEAN



# Préface

CHRISTIAN ANASTASY,  
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ANAP  
(AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE)

**L**E PRÉSENT OUVRAGE s'intéresse à la performance en santé et, au-delà des débats que ce mot polysémique peut susciter, il apporte des éléments probants pour faire évoluer le système. Le secteur de la santé est tellement sanctuarisé dans notre pays qu'un large consensus pourrait conduire à ce qu'il ne change plus, même s'il constitue une chance dont il est heureux que chacun d'entre nous puisse bénéficier en fonction de ses besoins et non selon ses moyens.

C'est un secteur protégé qui a connu chaque année une croissance de ses revenus supérieure à celle de la nation. Alors que la richesse nationale n'a progressé durant les dix dernières années que de 0,3 % en moyenne, la croissance des budgets de la santé et du médico-social a toujours été largement supérieure (de huit à dix fois plus !).

Cette croissance a été en partie masquée par la récurrence d'un discours sur la rigueur, les efforts à fournir, la nécessité pour l'hôpital de devenir une entreprise ordinaire sur un marché ordinaire.

La direction à prendre n'en a été que plus délicate. Est-ce celle de la rigueur alors que les moyens augmentent ? Ou celle du maintien du statu quo ante, voire du toujours plus ?

Cette croissance de moyens a permis en tout cas de formidables progrès. L'espérance de vie en France est l'une de plus élevée au monde et notre système est l'un des plus performants sur le plan de l'efficacité thérapeutique. Mais l'est-il également sur le plan économique ? C'est de fait l'un des plus coûteux au monde.

L'est-il aussi sur le plan de la réactivité par rapport aux besoins de santé de la population et en particulier ses besoins sociaux ? Ne peut-on s'étonner de voir par exemple, autant de personnes atteintes du syndrome d'Alzheimer, près de cent mille, en attente d'un placement adapté ?

L'est-il enfin sur le plan de la prévention ou de l'éducation thérapeutique ? La part relative des financements qui y sont consacrés constitue une indication sur leur niveau d'importance perçue par les décideurs.

On peut ainsi s'interroger, au regard de la définition que donne l'OMS de la performance en santé : « Procurer le meilleur état de santé possible aux populations en étant réactif par rapport aux besoins de ces dernières tout en restant économiquement supportable pour la nation » sur la performance globale de notre système. Faut-il pour autant vouloir faire des économies aveugles qui le remettraient en cause ? Et pour le coup démobiliseraient à coup sûr les professionnels ? Bref que convient-il de faire ? Ne convient-il pas de convaincre le plus grand nombre des professionnels du secteur que leur avenir dépend pour une large part de leur capacité à apporter la preuve de la performance de notre système ?

- En 1970, un malade restait en moyenne vingt et un jours pour une hospitalisation. En 1990, dix jours. En 2014, cinq jours. La durée de séjour se réduit de moitié tous les vingt ans !
- En 1990 il y avait quarante millions de mètres carrés construits à l'hôpital. En 2014, il y en a soixante millions. Pourquoi a-t-on construit autant alors que les durées de séjour ne cessaient de baisser ?

Ne faut-il pas revoir notre conception en la matière, traquer les mètres carrés inutiles et vides ? Les fermer ? Et affecter les personnels auprès d'unités de soins qui en ont besoin ?

- En 1970 toujours, on faisait en quelques minutes un dossier patient « papier » pour un patient qui restait trois semaines. Le temps administratif paraissait réduit. Aujourd'hui on prend autant de temps pour établir un dossier patient informatisé pour un patient qui, en ambulatoire, ne reste que quelques heures. N'a-t-on pas ainsi le sentiment que le progrès médical qui a permis le raccourcissement des durées de séjour ne s'est pas accompagné des progrès sur le plan administratif et qu'on fait de plus en plus de paperasses ?

Comment comprendre la baisse des durées de séjour liées au progrès médical quand dans le même temps on construit toujours plus de lits de court séjour ? Comment comprendre le progrès des technologies de l'information et de la communication quand on passe de plus en plus de temps à saisir et traiter des informations complexes ?

Comment rester mobilisé si l'on ne comprend pas le monde dans lequel nous vivons ? Les signaux envoyés vers les professionnels de la santé sont-ils lisibles ? Dans ces conditions, comment optimiser le fonctionnement du système, traquer les gaspillages inutiles, rendre chacun d'entre nous conscient que la défense de ce formidable acquis passe par son évolution et que cette dernière est de notre responsabilité ?

Les professeurs Fuchs et Mildstein ont montré dans un article du *New England Journal of Medicine* (26 mai 2011) que si la totalité des équipes médicales alignaient leurs pratiques sur celles des 20 % les plus efficaces, les États-Unis gagneraient quatre points de PIB !

Paraphrasons Kennedy et arrêtons de nous demander ce que le système peut faire pour nous, en imaginant ce que NOUS pouvons faire pour que notre système de santé français demeure le plus performant au monde.

Plusieurs éléments de raisonnement peuvent être fédérés par cette recherche de l'amélioration de la performance et le présent ouvrage nous y aide :

- Il importe tout d'abord, et ce à tous les échelons de l'organisation, de l'unité de soins jusqu'à la direction générale, de prendre conscience des changements et de les partager en équipe au sein des organisations afin de se les approprier, pour passer d'une situation subie et absconse à une situation choisie et claire. Par exemple, il convient de réfléchir et partager sur le raccourcissement rapide des durées de séjour à l'hôpital induit par d'immenses progrès médicaux, afin d'en tirer les conséquences, par exemple, sur le nombre et la gestion des lits.  
Cette première étape d'appropriation est indispensable si l'on veut prévoir les évolutions pour que les pratiques s'adaptent aux enjeux. Il est alors indispensable que tous les échelons de l'encadrement s'impliquent.
- Il convient ensuite de repenser de façon collégiale et participative les organisations médicales, soignantes et administratives afin qu'elles tiennent compte des constats partagés.  
Par exemple, si l'on reste dans la problématique des réductions des durées de séjour, il faut s'interroger sur les lits et surfaces inoccupées dont un meilleur usage pourrait être fait, passant de la réaffectation à des populations qui le nécessiteraient, jusqu'à la fermeture, en allant même jusqu'à la cession à des tiers qui en auraient besoin. Car est-il vraiment motivant de travailler dans des unités à moitié vides ?
- Dans un autre ordre d'idées, ne convient-il pas de réfléchir à la démotivation qu'entraîne pour les équipes soignantes le fait de ne pas pratiquer en même temps que le médecin, toujours pris ailleurs par de multiples activités souvent écrasantes, mais jamais présent lorsqu'elles sont là, elles, à l'heure, au bloc ou à la réunion de service et qu'elles l'attendent. L'Anap travaille sur ce thème de la « concordance des temps » non pour « optimiser le rendement », mais tout simplement parce qu'il s'agit là encore, selon nous, d'un facteur de mobilisation des équipes et d'une plus grande efficacité pour les patients. Pour faire bien son métier ne faut-il pas en effet l'exercer en équipe coordonnée au service des personnes malades ?

- Quelle place accorder, par ailleurs, au numérique qui permet plus facilement de facturer ou de répondre à des obligations qualitatives et réglementaires comme l'envoi des courriers de sortie aux médecins traitants ?
- Ne convient-il pas également de réfléchir à la diversification croissante des clientèles — ces personnes que l'on nomme « usagers, patients, clients » — par ailleurs de plus en plus exigeantes car mieux informées par le net. À cet égard, des études ont montré que, plus le corps social de l'organisation lui-même est diversifié, mieux il est à même de répondre à la diversité des attentes de sa clientèle. Qu'en est-il à l'hôpital ?

Alors, et seulement, quand on a pris conscience au sein des équipes de la nécessité de changer, et quand on a repensé ensemble les changements requis, on peut alors faire évoluer les pratiques et les organisations. Il faut de la patience, de la détermination, de la concertation mais lorsqu'on a trouvé le sens qu'il faut donner aux actions, alors la motivation paraît pleine et entière.

- À cet égard il convient, probablement de faire en sorte que les professionnels puissent comparer leurs pratiques.

L'Anap a bâti des tableaux de bord pour le médico-social et pour le sanitaire (HospiDiag) qui permettent de mesurer la productivité des établissements. La HAS a produit « Scope santé » qui permet de mesurer le niveau global de qualité des établissements. Ces instruments éclairent les acteurs sur les bons caps à prendre en termes d'utilisation de ressources.

- Ensuite en allant plus loin et toujours dans le but de développer notre système de santé et le maintenir en tête des meilleurs du monde cela ne passe-t-il pas par l'application systématique de protocoles médicaux fondés sur des preuves, et par l'utilisation de référentiels d'organisation qui permettent de mesurer le bon niveau d'utilisation de ressources ?

L'outil de dimensionnement Aelipce que l'Anap a construit avec des professionnels de terrain permet ainsi d'avoir des bases de références en termes de surfaces et d'organisation. On sait ainsi qu'une salle d'opération ne peut être équilibrée économiquement si elle ne permet pas 1 200 interventions par an. Si l'on couple cette information avec des protocoles chirurgicaux probants on commence par avoir des blocs optimaux !

On comprend la méfiance d'un grand nombre d'acteurs pour le changement.

Chaque malade est unique et ils craignent que la « protocolisation » abusive des pratiques et des organisations conduise à un nivellement vers le bas. Pour autant n'y a-t-il pas davantage d'intérêt à travailler dans un secteur dont on connaît précisément les standards de qualité ? Si chacun d'entre nous est convaincu de faire au mieux, n'est-il pas plus motivant d'en avoir la preuve ?

Cela ne passe-t-il pas enfin par la mise à disposition du public des informations lui permettant de savoir où il est bien soigné, sur la base de protocoles médicaux fondés sur des preuves, sans gaspillage outrancier de moyens ?

Pour bâtir avec les professionnels de terrain, les référentiels, méthodes et outils qui permettront à chacun d'avoir les outils de repérage des meilleures organisations possibles, le présent ouvrage constituera un stimulant précieux.

Apporter les preuves des meilleures organisations pour que les professionnels sachent dans quel sens les utiliser, ne constitue-t-il pas en effet un facteur de mobilisation et d'orientation modeste mais indispensable ? C'est en tout cas la volonté de ce livre modeste mais indispensable si l'on veut faire progresser la performance globale de notre système de santé !



# Introduction

Béatrice FERMON

**L'**INJONCTION À LA PERFORMANCE est permanente dans le système de santé : les incitations pour passer d'une « culture des moyens » à une « culture du résultat » sont nombreuses et génèrent des situations nouvelles pour les professionnels que ce soit au niveau de la gouvernance, des organisations de travail, des pratiques ou des relations. Comment les organisations font-elles pour répondre concrètement à cet impératif de performance ? Telle est la question qui structure l'ensemble de cet ouvrage.

Le discours politique est en effet très clair sur les objectifs de performance aux niveaux national ou local. La réduction du déficit public est posée en ligne de mire et passe entre autres par le retour à l'équilibre des comptes de l'assurance-maladie : « maîtriser la croissance des dépenses de santé », « faire des gains de productivité », « réduire les coûts » sont désormais des objectifs dont les professionnels sont pleinement conscients.

Par ailleurs, un certain nombre de dispositifs relatifs aux modalités de gouvernance, de financement, de gestion et de contrôle portent cet objectif de performance. S'ils ne sont pas toujours présentés — ou compris — comme des supports à la performance, leurs principes d'action la favorisent.

On en citera quatre exemples majeurs :

- La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (loi HPST) du 21 juillet 2009 renforce les pouvoirs des directeurs des établissements de santé et réaffirme le principe de coordination contractuelle entre tous les niveaux de gouvernance du système de santé (État, régions, établissement, pôle) ;
- La tarification à l'activité (T2A) des établissements de médecine-chirurgie-obstétrique porte de manière structurelle les principes de la performance économique dès lors que la contrainte de l'équilibre des comptes est une réalité. Pour respecter cette contrainte, les coûts de production doivent nécessairement être couverts par les recettes, ce qui amène les établissements à maîtriser leurs coûts. De fait, dans le cadre du plan régional de santé, la T2A devrait conduire les établissements de santé à développer leurs efforts sur les activités pour lesquelles ils possèdent des compétences distinctives ;
- La certification supporte également la performance des établissements de santé de manière implicite. Le manuel de certification identifie les résultats à atteindre et l'évaluation, réalisée de manière indépendante par l'autorité certificative, mesure leur degré d'atteinte. Le contrôle de la qualité soutient ainsi la performance.
- La diffusion publique des informations relatives à la qualité des prestations de soins délivrées est aussi un dispositif incitatif. En donnant aux patients des éléments objectifs de comparaison entre les établissements de santé, elle crée une situation de « concurrence » qui devrait les encourager à rechercher la performance.

Plus généralement, le fonctionnement de la société actuelle porte également de manière « subliminale » cette injonction à la performance. Le « risque zéro » est devenu une exigence dans tous les domaines, la santé y compris.

Le droit de chacun à la santé est inscrit en préambule de la constitution française depuis 1946. C'est ainsi un droit individuel fondamental qui soutient les objectifs d'égalité et d'accessibilité aux soins attendus du

système de santé. Mais au-delà de ce droit constitutionnel, les progrès spectaculaires de la science en matière de diagnostic et de thérapeutique augmentent l'espérance de vie en bonne santé et créent dans le public l'espérance d'une incessante lutte contre la mort que mènerait pour eux le système de santé, à n'importe quel coût...

La prise en compte du contexte économique est également un puissant incitatif à la transformation des modalités de gestion dans le secteur public en général et dans le secteur de la santé en particulier.

La loi organique relative aux lois de finances (Lolf) n° 2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 consacre la transformation en profondeur de l'action administrative en faisant — entre autres — appel à une responsabilisation accrue des gestionnaires dans le cadre d'une « culture du résultat ». Plus récemment, l'introduction depuis 2005 des programmes « Qualité Efficience » dans la loi de financement de la sécurité sociale, s'inscrit dans cette démarche. L'histoire des politiques hospitalières rend compte de la manière dont cette injonction à la performance s'est traduite pour les établissements de santé et des tensions qui l'ont accompagnée.

Il n'est pourtant pas illégitime de chercher à bien soigner tout en cherchant à utiliser au mieux les ressources des contribuables et des cotisants. C'est l'objectif du nouveau management public (*new public management*) que d'introduire dans les établissements de santé des mécanismes favorables à l'efficience<sup>1</sup>.

Les effets de cette réforme sur une organisation professionnelle comme l'hôpital ont été maintes fois analysés<sup>2</sup>. Les soignants dénoncent le rationnement des moyens qui, de leur point de vue, résulte de la mise en œuvre de ces principes. Ils ne peuvent plus exercer leur métier comme « idéalement<sup>3</sup> » ils le souhaiteraient. La nécessité de rendre des comptes alimente un déni de confiance et un conflit de reconnaissance<sup>4</sup> alors que l'exercice de la médecine est fondé sur la confiance en l'expertise professionnelle et son engagement sans faille au bénéfice du patient.

Nous ne discuterons pas ici du statut de culte ou d'idéologie de la performance dans la société contemporaine<sup>5</sup> ou pour le secteur de la santé.

Nous constatons seulement la coexistence d'une injonction d'une part, de tensions qui semblent irréductibles d'autre part et nous les confrontons dans les pratiques réelles, celles des professionnels qui témoignent ici.

- Nous y trouvons un mouvement « d'innovation ordinaire » (Alter, 2000), permettant aux établissements de « faire face », de « faire avec » les transformations de leur environnement.

1. La revue *Gestion et management public* dans son n° 2 de l'année 2012 a consacré un numéro spécial à la mise en œuvre du *new public management*. Y. Chappoz et P.-Ch. Pupion y définissent cette nouvelle gestion publique par les caractéristiques suivantes :

- « – une séparation de la prise de décision stratégique relevant du pouvoir politique de la gestion opérationnelle relevant de l'administration ;
- l'orientation des activités administratives et l'allocation des ressources en fonction des produits et services à délivrer plutôt qu'en fonction de règles ou procédures ;
- la décentralisation et l'instauration d'agences comme instrument de régulation ;
- l'abandon du statut de fonctionnaire et l'avancement à l'ancienneté des agents pour une rémunération au mérite ;
- l'introduction des mécanismes de marché dans l'offre de biens et services d'intérêt général ;
- la logique de la transparence tant sur la qualité que sur les coûts des prestations ;
- la recherche de l'efficience dans l'emploi des fonds publics ;
- la participation des usagers dans la définition et l'évaluation des prestations publiques. »

2. Voir par exemple l'analyse documentée que propose Belorgey N. (2010) *L'Hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, La Découverte.

3. Nous faisons ici référence à la notion « d'idéal du métier » présentée par Dujarier M.A. (2006) *L'idéal au travail*, Edition Le Monde, PUF.

4. Chaniel P. (2010) « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin », *Revue du MAUSS*, vol 1, n° 35, p. 135-150.

5. Ehrenberg, A. (1991) *Le Culte de la performance*, Hachette.