



HAL
open science

QUELLES REPRESENTATIONS DE LA PERFORMANCE : LE CAS DES MEDECINS HOSPITALIERS ?

Guylaine Loubet

► **To cite this version:**

Guylaine Loubet. QUELLES REPRESENTATIONS DE LA PERFORMANCE : LE CAS DES MEDECINS HOSPITALIERS?. Comptabilité et Connaissances, May 2005, France. pp.CD-Rom. halshs-00581221

HAL Id: halshs-00581221

<https://shs.hal.science/halshs-00581221>

Submitted on 30 Mar 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

QUELLES REPRESENTATIONS DE LA PERFORMANCE : LE CAS DES MEDECINS HOSPITALIERS ?

Guyline Loubet
CEROM- Groupe Sup de Co Montpellier
CREGO – IAE Montpellier - Université de Montpellier II
tél. : 04 67 10 25 19
fax : 04 67 45 13 56
gloubet@supco-montpellier.fr

Résumé :

Depuis dix ans l'environnement hospitalier se transforme et devient plus exigeant. Dans un tel contexte, comment les médecins appréhendent-ils la notion de performance ?

A partir d'une étude approfondie sur le terrain, cet article se propose de décrire leurs représentations de la performance et d'établir en particulier le poids respectif accordé à la santé du patient et à la maîtrise des coûts.

Mots clés : *représentation de la performance, médecins hospitaliers, hôpital, bureaucratie professionnelle*

Abstract:

Over the last decade, hospital environment has been changing and becomes more demanding. Given this new context, what does the concept of performance mean to physicians?

Based on an extensive field study, the purpose of this paper is to describe images of performance and in particular to show the importance given to patient health on one side and cost management on the other side.

Keywords: *images of performance, physicians, hospital, professional bureaucracy*

Le monde de la santé n'a pas été à l'écart de l'évolution des mentalités des dix dernières années en matière de consommation. La bonne santé est devenue un droit, les médecins des prestataires de services et les établissements hospitaliers sont notés et classés par leurs « clients ».

La création de l'ANAES ¹(Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) par les ordonnances de 1996 a imposé aux cliniques et hôpitaux un management de la qualité qui aboutit ou non à l'accréditation et à la publication des résultats dans la presse. Depuis, des indicateurs, des référentiels, des autoévaluations et des visites d'experts ont permis l'accréditation de nombreux établissements. Cette accréditation s'insère dans le corpus plus large du nouveau management public (NMP) dont les objectifs sont centrés sur la qualité de la prestation délivrée et la performance (Halgand, 2003).

En parallèle, au cours de cette dernière décennie, la connaissance de l'activité hospitalière a considérablement progressé par la mise en place du PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information), lui-même secondé depuis début 2004, par la Tarification à l'Activité (T2A) ces deux dispositifs devant permettre un financement plus juste des établissements.

En outre, si l'environnement évolue, l'édifice en interne se modifie également. Certes, on retrouve les quatre mondes évoqués par Glouberman et Mintzberg (1992) : les directeurs (sommet hiérarchique) formés à l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) à Rennes, les soignants (infirmières, aides soignantes, cadres infirmiers...), les médecins (monde de la guérison), les administrateurs. Toutefois, ces différents mondes qui se côtoient au quotidien, avec des cultures très différentes (Hart J. et Mucchielli A., 2003) ne sont pas totalement hermétiques, des alliances sont possibles entre ces différentes entités, qui se rapprochent parfois deux à deux pour s'opposer aux autres acteurs !

Pascal (2000), rajoute le monde des tutelles qui exercent un contrôle externe tel, que les outils de contrôle de gestion ont souvent été construits uniquement dans le but de les satisfaire comme le souligne Nobre (2001).

Cependant, la bureaucratie professionnelle décrite par Mintzberg (1982) évolue vers de nouvelles structures divisionnalisées, spontanément ou dans le cadre du Plan Hôpital 2007 (Debrosse D., Perrin A. et Vallancien G., 2003). En effet, celui-ci prévoit d'accorder un pouvoir de gestion plus important aux médecins en leur donnant un nouveau rôle dans les futurs centres de responsabilité. Les médecins déjà présents au cœur du centre opérationnel, prennent des responsabilités au sommet hiérarchique. Ce courant venu des Etats-Unis, s'est répandu en Angleterre où il a pris le nom de *clinical governance* avant de se diffuser en France où la question de la direction des établissements de santé se pose avec acuité au point qu'un néologisme a été créé, la gouvernance (Chabot J.-M., 2005).

Ces évolutions ont toutes le même objectif, une recherche de performance permanente pour une meilleure santé du patient. Or dans le monde hospitalier, la recherche de l'efficacité est opposée dans l'esprit des acteurs à leur mission de service public, à la prise en charge de la maladie, de la souffrance. En outre, si la France occupe la première place au classement de la performance de l'OMS (2000) de nombreuses politiques de santé se sont soldées par un échec en termes financiers. Par ailleurs, lors d'une recherche intervention², effectuée au sein d'un CHU, l'auteur a identifié de nombreux antagonismes entre les différents acteurs qui malgré leurs efforts génèrent des dysfonctionnements néfastes à la bonne prise en charge des malades, à leur satisfaction et à la performance.

Dans cette quête de la performance, quelle est alors la vision des médecins ?

¹ A présent Haute Autorité de santé : loi n°2004-810 du 13 août 2004.

² Dont les résultats n'ont pas encore été publiés.

L'objectif de ce papier est de rechercher si les modifications de l'environnement ont pénétré leur monde. En effet, au moment où le financement de leur établissement passe progressivement de l'attribution d'une somme négociée –la dotation globale de financement– à celle d'un montant directement lié à leur activité –la Tarification à l'activité –, les médecins intègrent-ils les aspects financiers dans leur vision de la performance ? Ainsi, cet article se propose de décrire les différentes représentations de la performance des médecins d'un établissement de santé.

Dans une première partie, nous expliciterons les évolutions qui ont touché les établissements hospitaliers au cours de la période 1995-2005, et leur traduction en interne.

Dans une deuxième partie, à travers l'étude d'un cas, la représentation de médecins quant à la performance sera présentée. Les poids respectifs accordés à la santé du patient et à la maîtrise des coûts seront mis en évidence.

1. Les modifications de l'environnement et leur traduction en interne : la quête de la performance

Notre système hospitalier se trouve aujourd'hui confronté à une véritable mutation : obligation d'accréditation, nouvelles coopérations des secteurs public et privé, apparition du financement à l'activité, « nouvelle gouvernance », pénurie de médecins (Domergue et Guidicelli H., 2003)... mais qu'en est-il en interne, quelles sont les évolutions réelles sur le terrain ?

1.1. Les modifications intervenues entre 1995 et 2005

1.1.1. Le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI)

La première modification a consisté en la mise en place effective (en vigueur depuis la loi hospitalière du 31 juillet 1991) du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) qui permet de connaître précisément l'activité de chaque établissement. Les médecins jusque là étrangers à la comptabilisation de l'activité ont du collaborer. En effet, cette mise en place supposait qu'ils indiquent le diagnostic effectué et les actes réalisés lors du séjour du patient. Ces diagnostics et ces actes sont classés en catégories pour permettre de répertorier les séjours des patients en *groupes homogènes de malades* ou *de séjours*. Il s'agit ensuite de coder ces informations pour pouvoir les intégrer dans le système d'information qui permettra d'établir l'activité de l'établissement, que celui-ci devra adresser à la tutelle.

Certains établissements ont centralisé le codage qui est effectué par le service du DIM³ à partir du dossier médical. Ceci suppose que le dossier médical soit extrêmement bien tenu afin que le DIM trouve les informations qui lui permettront de coder les dizaines ou centaines de milliers de séjours de patients par an. Dans d'autres établissements, au contraire, le codage est effectué par les médecins eux-mêmes, les informations étant récupérées par le DIM qui effectue des tests à partir des indications mentionnées dans le dossier du patient. Le DIM étant lui-même médecin, il est à même de comprendre les informations contenues dans le dossier. Toutefois, n'ayant pas pris en charge les malades, il peut ne pas identifier certaines erreurs ou oublis préjudiciables à l'établissement qui peuvent passer inaperçus. Bien souvent en effet, les médecins sont insuffisamment formés et impliqués dans cette tâche.

³ Les départements d'information médicale ont été créés dès 1989.

Les informations données par l'établissement vont permettre de le comparer à une base nationale établie à partir des données PMSI d'établissements volontaires qui fournissent également leur comptabilité analytique.

1.1.2. La Tarification A l'Activité (T2A)

Depuis 2004, la tarification à l'activité a fait son apparition. Les établissements vont progressivement être financés à partir de leur activité et d'un tarif établi à partir de l'information donnée par certains établissements sur leur comptabilité analytique.

En octobre 2003, la Mission Tarification à l'Activité⁴ présentait ainsi la réforme : « *Les deux systèmes de financement actuels (public -système de la dotation globale- et privé -tarification à la journée et à l'acte réalisé-) génèrent des effets pervers bien connus : iniquité de l'allocation des ressources : rentes de situation pour certains, pénurie pour d'autres, insuffisance de financement pour toutes les structures les plus actives, pas d'incitation à l'amélioration qualitative...les bénéfices attendus : une plus grande médicalisation du financement, une responsabilisation des acteurs, une équité de traitement entre les établissements, le développement des outils de pilotage qualitatifs (incitation à l'accréditation, analyse du case-mix) et médico-économiques (contrôle de gestion et comptabilité analytique) ».*

Ainsi, il devient crucial à présent que les médecins comprennent les enjeux du PMSI et de la T2A et fournissent les bonnes informations au Département d'Information Médicale.

« *Le financement à l'activité remet les acteurs dans le sens de la marche en fournissant un paradigme compréhensible par tous : les moyens suivent l'activité alors qu'aujourd'hui le développement de l'activité met les équipes en difficultés faute d'ajustement rapide des moyens »* (Debrosse D., Perrin A. et Vallancien G., 2003).

1.1.3. Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH)

Les ordonnances du 24 avril 1996 ont confié, la tutelle de l'hôpital aux Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) dont les prérogatives sont très larges : allocation de financement, autorisation d'ouvertures de lits, conclusion de conventions avec d'autres établissements, politiques de réseaux.

1.1.4. L'accréditation :

Ces mêmes ordonnances de 1996 ont également prévu l'accréditation de tous les établissements de santé qu'ils soient publics ou privés. La démarche d'accréditation suppose pour l'établissement de procéder à une autoévaluation à partir du référentiel de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). Dans chaque établissement de nombreux professionnels de santé qu'ils appartiennent au corps médical, administratif ou infirmier sont mobilisés pour cette première phase. Des experts de l'ANAES effectuent ensuite une visite à la suite de laquelle l'établissement est accrédité, l'est avec réserves ou n'est pas accrédité (Halgang, 2003). Tout établissement est audité au minimum une fois tous les cinq ans, lorsque le rapport d'accréditation en contient pas de réserve (Halgang, 2003).

⁴ Session d'information : Mission Tarification à l'activité –version 2.5 octobre 2003-mise à jour décembre 2004.

Les résultats de l'accréditation sont publics et font l'objet d'articles de presse qui présentent régulièrement le classement des hôpitaux français.⁵

1.1.5. La loi confirme la place du patient au centre du dispositif

Depuis la loi de 2002, le patient dispose de droits élargis : tous les patients peuvent par exemple consulter leur dossier médical en adressant une demande écrite au directeur de l'établissement⁶, ils sont représentés dans les réseaux de santé au même titre que les médecins et les personnels paramédicaux...

1.1.6. Le plan Hôpital 2007

Ce plan qui comporte plusieurs volets, comprend une mission sur « la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale » qui encourage la réorganisation des établissements publics. Son objectif est :

- de rendre l'initiative aux équipes et responsabiliser les acteurs au sein de pôles d'activité plus autonomes, sous la responsabilité d'un médecin
- d'articuler le pilotage de l'hôpital entre un conseil d'administration garant de la politique institutionnelle et un comité stratégique assurant la direction (les responsables de pôles feront partie du comité stratégique) (Debrosse D., Perrin A. et Vallancien G., 2003).

Comme l'indique Claveranne (2003) « *Ces réformes poursuivaient... quatre objectifs majeurs... améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge et des soins, ... la réduction des dépenses de santé- l'un des objectifs les plus médiatisés de ces réformes-,... accroître l'autonomie des établissements et la responsabilité des acteurs, objectiver l'affectation des ressources dans un système de rarefaction des ressources financières* ».

Voyons à présent quelle est la traduction de ces réformes à l'hôpital.

1.2. L'adoption des réformes en interne

Dans son rapport, la Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale, fait un constat sévère sur l'hôpital alors que ce dernier poursuit simultanément sa quête de la performance : « *Les administrations administrent plus qu'elles ne gèrent ou dirigent, les médecins n'ont guère de culture du management et prescrivent sans prendre en compte le coût de leurs décisions, les usagers voudraient avoir le SAMU sur leur paillason sans déboursier un euro et les élus s'opposent presque toujours aux restructurations nécessaires par crainte du verdict populaire* » (Debrosse D., Perrin A. et Vallancien G., 2003).

L'occasion a été donnée au chercheur de côtoyer lors d'une étude exploratoire pendant trois mois les acteurs opérationnels (médecins, infirmiers et aides-soignants) de trois services d'un CHU : deux services de médecine (*endocrinologie* et *maladies respiratoires*) et un service de *chirurgie digestive*. L'objectif de cette recherche était de définir plusieurs axes d'amélioration. Il s'agissait d'une immersion totale à temps plein qui a permis de participer aux activités

⁵ L'« accréditation » des établissements devient la « certification » ; le terme accréditation étant à présent réservé à l'évaluation des pratiques professionnelles (Haute Autorité de santé, 2005).

⁶ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 et décret n°2002-637 du 29 avril 2002.

suivantes : visites aux patients par les équipes, consultations, interventions chirurgicales et transplantations hépatiques, staffs médicaux, médicochirurgicaux, médico-infirmiers, éducation de patients, staff des pompes à insuline dans le service des maladies endocriniennes, observation du codage des dossiers par les médecins dans le cadre du PMSI, rencontre individuelle des cadres infirmiers et des cadres infirmiers supérieurs de chaque service, réunion de secteur avec l'infirmière générale de l'établissement, journée complète dans chaque service avec un infirmier (soins, réunions, transmissions, pauses...), lecture des dossiers établis par les cadres infirmiers, des résultats des questionnaires remis aux patients, entretien semi directif avec tous les médecins.

1.2.1 Le PMSI et la T2A encore méconnus

Observation 1 :

Dans un service qui traite les maladies endocriniennes, l'obésité et l'anorexie, un patient est accueilli pour diabète. Il s'agit d'un cas particulièrement grave car il a des complications aux pieds qui supposent des soins particuliers : pansements très fréquents et une surveillance accrue par rapport à un autre patient atteint de diabète sans cette complication. Ce type de pathologie nécessite parfois une amputation.

Au moment du codage du diagnostic, s'il respecte les règles du PMSI, le médecin doit indiquer le diagnostic qui a nécessité le plus gros effort de soin, c'est-à-dire le diagnostic connu seulement à la sortie du patient et non à l'entrée dans le service. Le médecin dispose pour coder de la Classification Internationale des Maladies 10^{ème} version (CIM10) et de la Classification des Actes Médicaux (CDAM). Dans ce cas, le médecin, croyant bien faire a codé *diabète* car il s'agissait du diagnostic à l'entrée dans le service. En codant *diabète* sans indiquer le cas particulier de ce patient, il oriente le séjour vers un groupe de malades (GHM) qui n'est pas le sien. Il minimise ainsi l'activité de son service et de l'établissement pour ce patient et donc minimise également le financement qui sera reçu en contrepartie de ce séjour. L'affectation du séjour du patient dans un groupe homogène de malade *sans complications et morbidités associées* diminuant d'un tiers environ le tarif attribué à ce séjour !

Ainsi, l'erreur tout à fait involontaire commise par le médecin reproduite dans des centaines de services aura des répercussions sur le case mix c'est-à-dire sur l'éventail des cas traités et in fine sur le financement de l'établissement (Lenay O. et Moisdon JC., 2003).

Il est donc extrêmement important de former les médecins au codage des diagnostics et actes. Ils ne sont en effet pas conscients du rôle qu'ils ont à jouer dans le domaine du financement de l'établissement et pensent même parfois ne pas avoir besoin de formation comme en témoigne l'observation suivante :

Observation 2 :

Lors d'un entretien avec un médecin de ce CHU nous abordons le PMSI et l'interrogeons sur les difficultés qu'il rencontre pour coder les diagnostics et actes.

Le médecin : « Je n'ai aucune difficulté »

Le chercheur : « Avez-vous été formé ? »

Le médecin : « Non »

Le chercheur : « Pour quelle raison ? »

Le médecin : « Ce n'est pas nécessaire et il n'y a pas de formation ! »

Or, une formation est organisée l'après-midi même, à laquelle nous participons. Le DIM organisateur de la formation qui se lamente sur le faible nombre de participants (cinq médecins), nous explique qu'il a cru bien faire en envoyant l'invitation à la formation à trois cents médecins dans leur bulletin de salaire du mois précédent. Il n'a manifestement pas trouvé le bon moyen de communiquer avec ce type de public!

1.2.2. Le pouvoir limité de l'ARH

Jusqu'en 2003, l'importance des conséquences financières du PMSI était limitée. Un établissement était *sous doté* car il recevait par la dotation globale moins que ce qu'il aurait du recevoir ou *sur doté* dans le cas inverse. Des corrections étaient opérées par l'ARH avec de grandes difficultés parfois comme en témoigne le cas suivant :

Observation 3 :

Il s'agit d'un CHU sur doté c'est-à-dire qu'il reçoit une dotation supérieure à ce qu'il devrait théoriquement recevoir pour l'activité déclarée. En fin d'année N, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation informe l'établissement que la dotation globale pour l'année N+1 sera très sensiblement réduite en raison de cette sur dotation. La Direction et le personnel du CHU font grève et descendent dans la rue, le maire de la ville en tête de cortège pour refuser la réduction du budget imposée par l'ARH. Après plusieurs jours de négociations directement au Ministère de la Santé, la diminution du budget représentera seize pour cent seulement du montant envisagé au départ !

1.2.3. Le patient devient un client :

Le terme d'utilisateur disparaît au profit de celui de client. Ainsi certains établissements ont créé depuis 2003 des services clientèle.

Observation 4 :

Un CHU qui s'est réorganisé depuis la loi du 4 mars 2002, a intitulé un de ses nouveaux départements administratifs : département de l'offre de soins et de la clientèle. Ce dernier comprend un service client.

1.2.4. Les médecins au cœur d'une configuration dont le type évolue

Comment qualifier cette organisation au regard des changements intervenus ?

Dès 1982, Mintzberg décrit l'hôpital comme une bureaucratie professionnelle. Il précise toutefois, qu'elle peut adopter d'autres types au sens de Weber et que l'on peut également

trouver des configurations hybrides.

Le centre opérationnel est constitué par les médecins dont les qualifications sont standardisées. Les études de médecine sont très longues : dix ans minimum pour les médecins hospitaliers *spécialistes* : premier cycle dont un concours à l'issue de la première année, deuxième cycle de quatre ans, concours de l'internat, troisième cycle (ou internat) de quatre à cinq ans, pour certains un clinicat, soit entre deux et quatre ans de pratique complémentaire, enfin le concours de praticien hospitalier⁷ pour obtenir un poste. On comprend qu'après un tel parcours, les professionnels soient autonomes dans la conception et la réalisation de leurs tâches quotidiennes et qu'ils travaillent de façon très individuelle (Durieux 2004).

Mintzberg (1982) rajoute « *Ceci ne signifie pas, cependant que « l'individu est examiné pour la dernière fois de son existence et jugé totalement compétent ». L'examen ne fait que tester les conditions minimales requises à un moment précis ; le processus d'amélioration se poursuit. Le professionnel améliore sa qualification à mesure qu'apparaissent de nouvelles connaissances. »*

En revanche, Nobre (1998) précise que les caractéristiques de l'hôpital permettent au corps médical de s'attribuer une place prépondérante au détriment de la direction. Les médecins adoptent un comportement quasi-clanique (Nobre, 1998), tel que défini par Ouchi, c'est-à-dire ne tolérant aucune modalité de commande venant de l'extérieur du clan (Halgand).

Berland (2004) à propos de la bureaucratie professionnelle rajoute : « *Le contrôle de gestion a peu de légitimité dans ce type de configuration. En effet une grande partie de la compréhension du travail lui échappe. Que peut dire un contrôleur à un médecin ? Celui-ci peut l'utiliser de façon efficace mais il reste subordonné aux professionnels dont il comprend mal l'activité. Le contrôleur est entièrement dépendant du noyau opérationnel ».*

Alors que si l'hôpital se rapproche de la structure divisionnalisée, en suivant le Plan Hôpital 2007, les responsables seront jugés sur leur capacité à atteindre des objectifs économiques. « *Le contrôle de gestion y jouera alors un rôle essentiel »* (Berland, 2004).

Certains établissements avaient déjà entamé avant la lettre cette réorganisation. Elle suppose la création de pôles d'activité regroupant plusieurs services (un CHU par exemple passe de cent cinquante services à treize pôles). Ces pôles sont dirigés par un médecin élu par ses pairs et nommé par le directeur général. Ce médecin est assisté d'un directeur et/ou d'un gestionnaire et d'un cadre infirmier. Les responsabilités du chef de pôle sont beaucoup plus larges que celles, classiques, du chef de service et s'apparentent à celles du dirigeant d'entreprise. A la suite de Perrow (1967), Mintzberg (1982) souligne que « *le pouvoir dans la bureaucratie professionnelle passe à ceux des professionnels qui consacrent leurs efforts au travail administratif au lieu de l'activité professionnelle* ».

1.2.5. L'évolution du contrôle de gestion

Le contrôle de gestion a longtemps été limité aux informations financières et à quelques données à caractère médico-économique : durée moyenne de séjour, nombre de lits, taux d'occupation. Il était également destiné au seul contrôle externe des tutelles (Nobre, 2001). Sous l'effet des réformes, il s'est élargi et enrichi.

Il s'est élargi par l'apparition de nouveaux indicateurs issus du PMSI, de la comptabilité de gestion, des référentiels de l'ANAES dans le cadre de l'accréditation. Il s'est également élargi

⁷ Depuis la loi Debré de 1958

par l'utilisation de nouveaux outils : *méthode ABC* et *balanced scorecard*.

Il s'est enrichi car, d'une part, il s'adresse à présent aux opérationnels et en particulier aux médecins chefs de pôle, d'autre part il prend très nettement un caractère stratégique. On trouve dans certains établissements des directions stratégiques au sein desquelles contrôle de gestion et département de l'information médicale collaborent.

Même si de nombreux établissements n'ont toujours pas de contrôle de gestion, la forte augmentation des recrutements dans cette fonction atteste de cette évolution. Certains établissements songent même à embaucher un contrôleur de gestion par pôle d'activité afin de seconder le médecin chef de pôle. Ces nouveaux recrutés devront trouver leur place car les directeurs craignent parfois qu'ils soient pris en otage par les chefs de pôle et qu'ils ne jouent plus le jeu institutionnel.

1.2.6. La quête de la performance

L'objectif de toutes ces réformes est l'augmentation de la performance du système de santé. Mais, de quelle performance parle-t-on ?

De nombreux auteurs ont tenté de définir la performance⁸ dont nous rappellerons quelques unes des définitions.

« *En gestion, ce terme est défini comme l'association de l'efficacité - obtention des résultats dans le cadre des objectifs définis – et de l'efficience – meilleure gestion possible des moyens, des capacités en relation avec les résultats* » (Alazard C. et Sépari S., 2000).

Pour Lorino, « *est ...performance dans l'entreprise tout ce qui, et seulement ce qui, contribue à améliorer le couple valeur coût (a contrario, n'est pas forcément performance ce qui contribue à diminuer le coût ou à augmenter la valeur, isolément)* ».

« *Est performance dans l'entreprise tout ce qui et seulement ce qui contribue à atteindre les objectifs stratégiques* ».

« *La performance n'existe que si on peut la mesurer, c'est-à-dire qu'on peut la décrire par un ensemble ou un vecteur de mesures (ou d'indicateurs)* » (Bourguignon, 1995).

« *La performance est subjective, puisqu'elle est le produit de l'opération par nature subjective, qui consiste à rapprocher une réalité d'un souhait, à constater le degré de réussite d'une intention* » (Lebas, 1995).

Quel que soit le sens exact qu'on lui accorde, le terme « performance » est très utilisé et se diffuse largement car il a des propriétés consensuelles, chacun en a une représentation positive (Teil, 2002).

Kaplan et Norton (1998) proposent quatre axes permettant d'établir un équilibre entre les objectifs à long terme, les résultats souhaités et les déterminants de ces résultats, entre des mesures objectives et des mesures subjectives : l'axe financier, l'axe « clients », l'axe « processus internes », l'axe « apprentissage organisationnel ».

Mais qu'en est-il de la représentation qu'en ont les principaux acteurs opérationnels, les médecins ?

L'hôpital vient de rencontrer de grands changements entre 1995 et 2005 qui ont des conséquences importantes sur le plan organisationnel et tout particulièrement sur le plan financier. Ces bouleversements concernent spécifiquement les médecins. L'arrivée de la T2A, financement lié à l'activité, va poser des problèmes aux établissements plus chers que

⁸ L'objectif de ce papier n'est pas de faire une revue de la littérature sur la performance.

le tarif. Ceci suppose une attention particulière des médecins, eux-mêmes, au codage des diagnostics et des actes. Alors que la performance fait partie de tous les discours concernant l'hôpital, chacun ayant son propre point de vue sur ce qui est essentiel et sur ce qui l'est moins, c'est justement, comme le souligne Teil (2002), « *ce manque de vision partagée sur la performance qui paralyse la modernisation du système hospitalier, chacun orientant ses réponses aux mécanismes de régulation mis en place par les pouvoirs publics dans un sens différent* ».

Le rôle des médecins dans le changement est majeur. On pourrait s'attendre à ce que leur représentation de la performance soit colorée à présent par l'apparition du PMSI et surtout de la Tarification à l'activité et qu'ils intègrent la dimension financière de la performance. Qu'en est-il sur le terrain ?

2. Démarche de recherche et résultats

2.1. Démarche

Dans le cadre de la « nouvelle gouvernance » et de la quête de la performance, nous avons souhaité observer l'impact de la formation à la gestion des médecins hospitaliers sur les performances de leur établissement⁹. Afin de réaliser ce travail de recherche, il a été décidé d'étudier un établissement en profondeur et de former une partie des médecins à la gestion. Dans le cadre d'une étude longitudinale des mesures d'indicateurs sont effectuées avant et après la formation.

2.1.1. Les particularités du cas étudié

Il s'agit d'un Centre Régional de Recherche et de Lutte Contre le Cancer (CLCC). Cet établissement fait partie des vingt centres français de lutte contre le cancer dont les missions, définies par l'ordonnance de 1945, sont les soins, la recherche, la formation et la prévention. Son Conseil d'Administration est présidé par le Préfet de Région et son directeur est un médecin, nommé par le Ministre de la Santé¹⁰. C'est un établissement de soins à but non lucratif, établissement privé participant au service public hospitalier (PSPH) reconnu d'utilité publique. Il est financé comme les établissements publics c'est-à-dire par la dotation globale et le jeu depuis 2004 de la tarification à l'activité. Il dispose d'une capacité de 250 lits d'un plateau technique de pointe, de plusieurs laboratoires et d'un espace muséologique. Ce centre participe activement à l'enseignement universitaire médical dans le cadre d'une convention tripartite avec la faculté de médecine et le CHU. Il emploie quarante médecins à durée indéterminée auxquels s'ajoutent des médecins vacataires et des internes.

Il s'agit de l'établissement de référence au niveau régional pour le traitement du cancer, à l'instar d'un CHU pour les autres pathologies. Le directeur d'un tel établissement est obligatoirement médecin. Il est assisté par un conseil de direction qui se réunit une fois par semaine. Cette instance comprend également cinq autres médecins chefs de service de l'établissement représentant les différentes phases de la prise en charge du patient, le secrétaire général, le trésorier, les deux infirmières générales et un consultant. Le conseil de

⁹ Cette recherche fera l'objet d'une publication ultérieure.

¹⁰ Source : livret d'accueil du patient

direction se réunit toutes les semaines. Les médecins sont présents une fois sur deux ; il s'agit alors du conseil de direction élargi. Dans le cas contraire, il s'agit du conseil restreint.

Si par de nombreux aspects cet établissement est comparable à un CHU, établissement de référence régional, financement public, activités d'enseignement et de recherche, statut des médecins... il s'en distingue également sur plusieurs points : la taille, le fait que le CLCC ne traite qu'un type de pathologie -le cancer- et donc le faible nombre de GHM pris en charge enfin sa direction est assurée par un médecin.

2.1.2. Rencontre des acteurs

Ce travail a débuté par la présentation du programme de recherche au conseil de direction « élargi » (c'est-à-dire en présence de médecins). Il s'agit d'une recherche intervention qui comporte plusieurs volets : en premier lieu une formation à la gestion des médecins volontaires est réalisée. Des indicateurs de performance sont mesurés avant et après formation sur le groupe de médecin formés et sur un groupe de contrôle composé de médecins n'ayant pas participé à la formation.

A l'issue du conseil de direction, des entretiens semi directifs ont été réalisés avec tous les responsables administratifs et infirmiers membres du conseil de direction¹¹.

2.1.3. Entretiens semi directifs avec les médecins

Ce travail porte essentiellement sur les médecins car, comme nous l'avons présenté plus haut, ils sont les principaux acteurs du PMSI et de la T2A.

Sur une liste de dix personnes, indiquée par le directeur¹², sept médecins ont été interrogés, les trois dernières personnes n'ayant pas répondu à notre sollicitation de rendez-vous. Nous avons procédé à des entretiens semi directifs avec guide d'entretien. Les questions portaient sur leurs motifs de satisfaction et d'insatisfaction, leur(s) représentation(s) de la performance de l'établissement, leur intérêt pour des formations non médicales. Ces entretiens ont été enregistrés. Leur durée a varié d'une demi-heure à une heure trente. Les différentes spécialités exercées dans l'établissement, diagnostic, traitement, chirurgie étaient représentées. Figure également parmi les personnes rencontrées le médecin directeur de l'information médicale (DIM) qui traite les données de l'activité de l'établissement.

2.1.4. Les questionnaires

Un questionnaire a été bâti à partir des entretiens semi directifs¹³. Ce questionnaire a été testé sur deux médecins faisant partie d'autres établissements hospitaliers. Nous avons tenu compte de leurs commentaires.

Il comporte des questions fermées précédées systématiquement de questions ouvertes. En ce qui concerne la performance, trois questions sont proposées :

a) Comment définiriez-vous la performance d'un établissement tel que le vôtre ?

¹¹ Le tableau présentant les fonctions des personnes rencontrées figure en annexe.

¹² Le directeur a joué le rôle de parrain (Thiétart et coll., 1999) dans cette recherche. Le fait qu'il soit lui-même médecin a permis de faciliter grandement les prises de rendez-vous.

¹³ Le lecteur trouvera annexé à cet article, l'extrait du questionnaire relatif à la performance.

b) Pour un établissement tel que le vôtre, être performant c'est ?
Il s'agit d'une question fermée bâtie essentiellement à partir des entretiens semi directifs menés précédemment. Pour chaque proposition, figure une échelle à sept points sur laquelle le répondant se situe entre *pas du tout d'accord* et *tout à fait d'accord*.

Pour construire cette question, les réponses des premières sept personnes rencontrées ont été reprises. Cependant, aucun des répondants n'avait, au départ, cité l'augmentation de la rentabilité ou de la productivité alors qu'il s'agit d'un établissement privé (même s'il est financé comme un établissement public) dans lequel on aurait pu imaginer ce type de réponse. Aussi, avons-nous rajouté deux items liés à la rentabilité et à la productivité en procédant à une mise en garde des personnes interrogées.

c) Quels indicateurs permettraient, d'après vous, de mesurer la performance de l'établissement ?

Question fermée : il s'agissait pour le répondant de cocher des propositions dans une liste

2.1.5. Administration des questionnaires

Les questionnaires ont été administrés directement par le chercheur. La durée de ces entretiens a varié de trente minutes à une heure quinze. Trente-trois des trente quatre médecins sélectionnés dans l'effectif de quarante ont été rencontrés. Ont été écartés les médecins vacataires, n'exerçant pas leur activité principale dans l'établissement, et les médecins exerçant exclusivement une activité de recherche. Les rencontres se sont déroulées au dernier trimestre 2004.

2.1.6. Caractéristiques et classement des membres de l'échantillon

Les médecins des centres de lutte contre le cancer, sont comparables aux médecins de centres hospitaliers universitaires dans la mesure où ils peuvent accéder à une carrière universitaire. Nombre d'entre eux sont professeurs des universités ou maîtres de conférence.

Parmi les répondants, on trouve treize femmes et vingt hommes d'un âge moyen de quarante huit ans et demi. Les femmes sont en moyenne un petit peu plus âgées (cinquante et un ans) que les hommes (quarante six ans et demi). En revanche, les médecins hommes sont plus souvent chefs de service et/ou membres de conseils ou comités.

Les résultats ont été analysés de deux manières : par des calculs de corrélations et également par le test exact de Fisher en raison de la faible taille de l'échantillon.

Afin d'utiliser le test exact de Fisher, les membres de l'échantillon ont été répartis en deux classes pour chaque critère étudié :

Le genre : hommes et femmes.

L'âge : âge supérieur à la moyenne et âge inférieur à la moyenne.

Le niveau de responsabilité : responsabilités autres que soin et responsabilité soin exclusivement.

Le type d'activité : nous avons distingué les médecins ayant des activités transversales comme les radiologues et les anesthésistes, des médecins ayant des spécialités cliniques : comme par exemple : les oncologues et les chirurgiens prenant en charge les patients pour des traitements ou des interventions chirurgicales et disposant de lits d'hospitalisation.

2.2. Résultats

Les trente trois médecins interrogés devaient répondre à trois questions relatives à la performance. Les résultats de chaque question sont successivement présentés ainsi que l'analyse des réponses.

2.2.1. Comment définiriez-vous la performance d'un établissement tel que le vôtre ?

Deux médecins ne répondent pas à cette question. Les trente et un répondants donnent entre une et trois définitions. Au total, on obtient soixante représentations. Nous nous intéressons particulièrement ici aux différentes composantes de leurs représentations de la performance à savoir quels en sont le noyau central et les éléments périphériques (Bonardi et Roussiau, 1999).

Nous avons classées les réponses en quatre groupes de performances selon Kaplan et Norton (1998) comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : classement des représentations spontanées de la performance

Performance apprentissage organisationnel	Performance processus	Performance patient	Performance financière	total
16	27	14	3	60

Les médecins répondent quasi exclusivement sur les aspects suivants : qualité des soins et de la recherche, la guérison, la satisfaction du patient et des personnels. La performance financière n'est citée que trois fois.

Cette faible fréquence d'apparition permet de classer la performance financière dans le système périphérique de la représentation.

Nous avons voulu savoir s'il y avait un lien entre le type de représentation de la performance et successivement, l'âge, le genre, le niveau de responsabilité ou le type de spécialité. Une distinction a été dans ce but opérée entre les trois premiers types de performance et la performance financière. Pour cela, nous avons utilisé le test exact de Fisher qui s'applique aux petits échantillons.

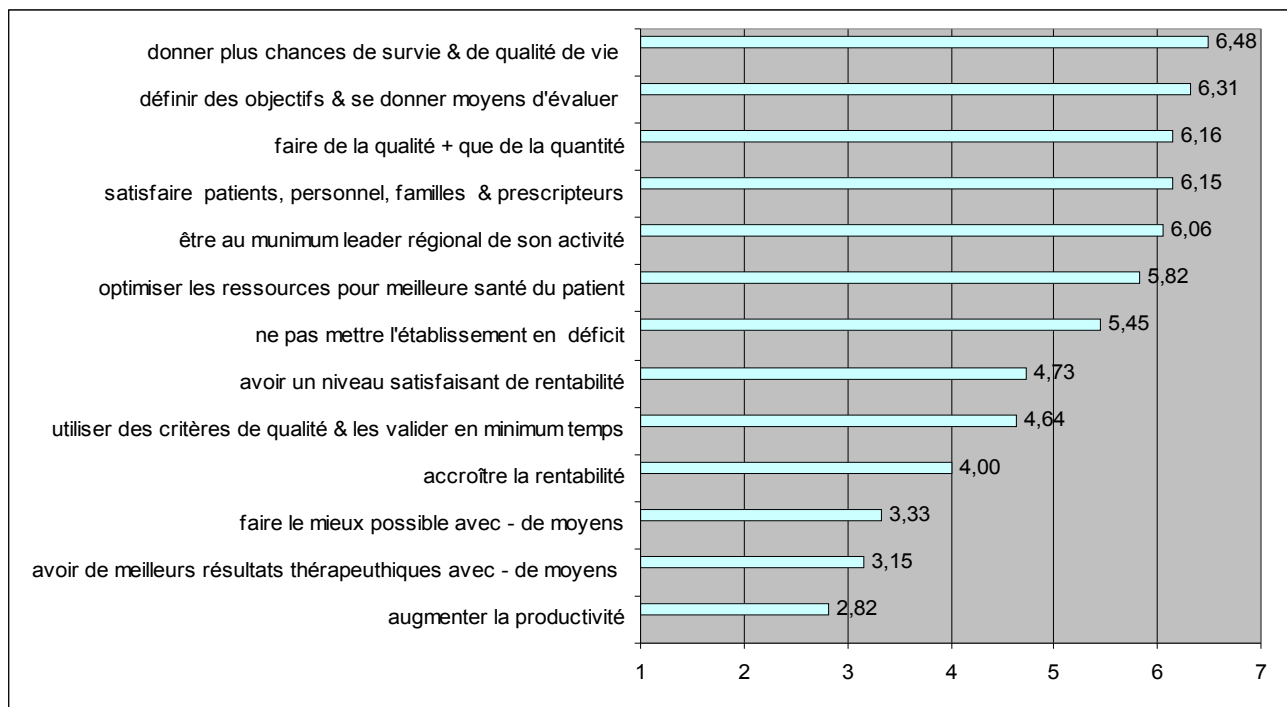
Nous avons créé deux classes : une dans le cas où le répondant avait cité la performance financière et une deuxième dans le cas où la performance financière n'a pas été citée.

Aucun lien n'a pu être mis en évidence.

2.2.2. Pour un établissement tel que le Centre, être performant c'est ? (veuillez entourer le chiffre correspondant à votre choix)

Les médecins doivent se situer sur des échelles à sept points pour indiquer s'ils sont plutôt *pas du tout d'accord* ou *tout à fait d'accord* avec des propositions de définition de la performance. Les phrases utilisées dans le questionnaire ont été prononcées par les premiers médecins interrogés lors des entretiens semi directifs à l'exception de deux d'entre elles qui ont été rajoutées par l'auteur : **accroître la rentabilité** et **augmenter la productivité**. Les trente trois médecins interrogés ont répondu à cette question.

Les résultats sont triés par ordre décroissant dans l'histogramme ci-dessous :



Nous voyons que « augmenter la productivité » et « accroître la rentabilité » proposés par l'auteur du questionnaire, sont mal classés par les répondants. Les quatre derniers résultats sont d'ailleurs liés aux aspects financiers. On remarque également en observant le schéma présenté ci-dessus que l'écart le plus important se situe entre « ne pas mettre l'établissement en déficit » et « avoir un niveau satisfaisant de rentabilité » qui ne sont pourtant pas des notions très éloignées l'une de l'autre.

Nous avons cherché à expliquer ces réponses en calculant en particulier des liens avec l'âge, le genre, le niveau de responsabilité et la nature de l'activité des médecins (seules les réponses donnant un $\alpha < 5\%$ ont été retenues).

- Aucun lien n'a été mis en évidence avec l'âge des membres de l'échantillon.

- Les répondants à niveau de responsabilité élevé ont mieux noté « être performant c'est : augmenter la productivité ».
- Les répondants ayant une activité clinique, par opposition à ceux qui ont une activité transversale, ont attribué plus de points à la proposition « être performant : c'est être au minimum le leader régional de son activité ».

2.2.3. Indicateurs de performance

Dans une dernière question, les médecins devaient cocher dans une liste les indicateurs qui d'après eux permettaient de mesurer la performance.

Quels indicateurs permettraient, d'après vous, de mesurer la performance de l'établissement ? (merci de cocher les indicateurs choisis)

Les indicateurs proposés émanaient des premiers entretiens semi directifs. Les répondants avaient la possibilité de proposer des indicateurs ne figurant pas dans la liste.

Nous obtenons les réponses suivantes :

Tableau 2 : sélection des indicateurs de mesure de la performance

La satisfaction des patients	27	82%
La qualité thérapeutique	23	70%
La survie	23	70%
Les indicateurs de suivi des patients	21	64%
La satisfaction du personnel infirmier	21	64%
La satisfaction des médecins prescripteurs	21	64%
Les indicateurs portant sur la douleur	18	55%
L'effectif des soignants (infirmiers et médecins) par rapport au nombre de patients	17	52%
La satisfaction des médecins du centre	15	45%
Les coûts	14	42%
Le taux de récurrence	14	42%
La durée moyenne de séjour (DMS)	13	39%
Le taux d'exhaustivité du PMSI	13	39%
Le nombre de patients	12	36%
Le nombre décès	7	21%
Le taux de ré hospitalisation	7	21%
Les pertes de temps médical	7	21%
Le nombre d'examens pratiqués	5	15%
Les publications internationales	3	9%
La satisfaction des enseignants	3	9%
Le nombre d'examens normaux	2	6%
Le nombre d'heures de cours	2	6%
La participation à des réseaux de santé	1	3%
La prévention	1	3%

Les réponses en italique ont été indiquées spontanément par certains répondants. Dans la mesure où elles n'ont pas été proposées à tous dès le départ, elles ne seront pas analysées.

La *satisfaction des patients* choisie ici par *quatre vingt deux pour cent* des médecins de l'échantillon, n'était pourtant pas le type de performance le plus proposé par les médecins lorsqu'ils répondaient spontanément (voir plus haut, réponse à la question 16). La

performance « patient » ne venait qu'en troisième position avec quatorze citations sur soixante, après la performance « processus » et la « performance apprentissage organisationnel ». Pour atténuer l'écart entre ces deux résultats, il convient de noter que dans la question présente, le médecin devait juste cocher l'indicateur, sans le classer : la satisfaction des patients est citée dans quatre vingt deux pour cent des cas comme indicateur de mesure de la performance et obtient le meilleur score, mais cela ne signifie pas qu'elle occupe la première place dans les représentations de la performance des médecins.

Même si des indicateurs tels que *la satisfaction des patients*, *la qualité thérapeutique* et *la survie* remportent une adhésion massive, lorsqu'il s'agit de choisir, sans les classer -à partir d'une liste préétablie- des indicateurs de mesure de la performance, quarante pour cent environ des personnes interrogées s'accordent tout de même pour sélectionner des indicateurs à caractère économique et financier : les *coûts* sont cités par quarante deux pour cent des médecins. Tout près, on trouve la durée moyenne de séjour et le taux d'exhaustivité du PMSI qui sont des notions médico-économiques.

Comme précédemment, on peut rechercher des liens avec l'âge, le genre, le niveau de responsabilité ou la nature du métier exercé.

Aucun lien n'apparaît entre les indicateurs cités par les répondants et leur genre ou leur niveau de responsabilité.

Les médecins les plus âgés citent plus fréquemment les indicateurs suivants : *indicateurs de suivi des patients*, *le nombre de personnes par patient*, et *le nombre de patients*.

Les médecins cliniciens citent plus fréquemment les indicateurs de *satisfaction des patients* et de *satisfaction des médecins prescripteurs* que les médecins ayant une spécialité plus transversale.

L'indicateur *coûts* n'est lié à aucun des critères (âge, genre, niveau de responsabilité, nature de l'activité personnes interrogées).

Les résultats des questionnaires administrés aux médecins dans cette étude, montrent lorsqu'il s'agit d'une question ouverte, que la performance financière n'est qu'exceptionnellement citée spontanément par les répondants.

Lorsqu'il s'agit d'une question fermée, toutes les propositions qui ont trait aux aspects financiers sont mal notées. On identifie cependant une meilleure notation lorsque le niveau de responsabilité des médecins s'élève.

Tandis que lorsqu'une liste est proposée, les répondants désignent pour une part non négligeable d'entre eux, des indicateurs financiers comme permettant de mesurer la performance de leur établissement.

Conclusion :

Les modifications de l'environnement de l'hôpital ont été très nombreuses et conséquentes au cours de la dernière décennie. Ces profonds bouleversements auxquels ont activement participé les médecins pouvaient laisser penser que ces acteurs avaient intégré certaines notions de gestion.

L'objectif de cet article était de montrer à travers une étude de leurs représentations de la performance quelle était la part accordée à la performance financière et aux autres dimensions de celle-ci.

On savait déjà les médecins culturellement étrangers aux aspects financiers (Mintzberg, 1982) alors que pour les managers (Berland, 2004) ces indicateurs sont souvent les plus importants¹⁴. Or, en dépit de l'apparition de la Tarification à l'Activité depuis le début 2004 et du rôle de plus en plus stratégique joué par les médecins, l'analyse des résultats de l'enquête par questionnaire met en évidence, lorsqu'il s'agit de définir la performance, le très faible poids accordé à la maîtrise des coûts par rapport à la qualité de la prise en charge des patients.

Si la composante financière fait partie du système périphérique de la représentation de la performance, on peut alors imaginer que la formation à la gestion des médecins pourra faire évoluer la représentation sans la modifier fondamentalement –ce qui est l'objectif poursuivi par notre recherche intervention à l'origine de ce travail.

Notons cependant qu'un nombre non négligeable de médecins s'accorde sur les indicateurs financiers comme permettant de mesurer de la performance.

A l'heure où les financements sont liés à l'activité, les médecins semblent prêts à suivre des formations à la gestion -qui en feront des opérationnels éclairés (Mintzberg, 1982)- afin qu'ils intègrent les aspects financiers dans leurs représentations de la performance, jusque là très centrées, comme on l'espérait par ailleurs, sur le patient et la qualité de sa prise en charge.

ANNEXES

¹⁴ Voir dans l'ouvrage de Berland (2004) pp 154-155, les études de Lingle et Shieman (1996) et du cabinet Ernst & Young (1991)

<i>Personnes Rencontrées</i>	nombre
Médecins	33
Anatomopathologie	3
Anesthésie	4
Chirurgie	7
Dépistage	2
Explorations digestives	1
Imagerie médicale	2
Médecine (chimiothérapie immunologie nutrition)	2
Médecine nucléaire	2
Prévention épidémiologie	2
Psycho oncologie	1
Radio analyses	1
Radiothérapie (<i>dont le directeur de l'établissement</i>)	5
Information médicale	1
Infirmières Générales	2
Secrétaire Général	1
Trésorier	1
TOTAL	37

Questionnaire

Question 16 : Comment définiriez-vous la performance d'un établissement tel que le vôtre ?

Question 17 : Pour un établissement tel que le Centre, être performant c'est ? (veuillez entourer le chiffre correspondant à votre choix)

Mise en garde : les propositions émanent soit des entretiens menés avec les médecins du Centre, soit de l'auteur du questionnaire qui a volontairement introduit des notions issues du secteur industriel, commercial ou des services.

Avoir de meilleurs résultats thérapeutiques avec moins de moyens	pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord
Optimiser les ressources pour une meilleure santé des patients	pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord
Accroître la rentabilité	pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord
Faire de la qualité plus que de la quantité	pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord
Donner le plus de chances de survie, de qualité de vie	pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord
Avoir un niveau satisfaisant de rentabilité	pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord
Satisfaire les patients, le personnel, les familles et les prescripteurs	pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord
Augmenter la productivité	pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord
Ne pas mettre l'établissement en déficit	pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord
Avoir des objectifs et les atteindre ; donc les définir et se donner les moyens et évaluer	pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord
Faire le mieux possible avec moins de moyens	pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord
Etre au minimum le leader régional de son activité	pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord
Autres :	

Question 18 : Quels indicateurs permettraient, d'après vous, de mesurer la performance de l'établissement ? (merci de cocher les indicateurs choisis)

	Survie des patients à 5 ou 10 ans comparée à celle des patients traités ailleurs
	Satisfaction des patients
	Satisfaction des médecins référents
	Satisfaction des médecins
	Satisfaction des soignants
	Indicateurs portant sur la douleur des patients
	Qualité thérapeutique
	Pertes de temps médical
	Nombre de malades hospitalisés
	Nombre de décès
	Nombre d'examens pratiqués
	Nombre d'examens normaux
	Indicateurs de suivi des patients
	Taux de ré hospitalisation
	Taux de récurrence
	Durée Moyenne de Séjour
	Coûts
	Personnel par rapport au nombre de patients
	Taux d'exhaustivité du PMSI
	Autre :

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Alazard C. et Sépari S. (2000), *Contrôle de gestion DECF n°7*, DUNOD, Paris, 688p.
- Berland N. (2004) *Mesurer et piloter la performance*, Editions de la performance, Paris, 240 p.
- Bonardi C. et Roussiau N. (1999), *Les représentations sociales*, DUNOD, Paris, 125 p.
- Bourguignon A. (1995), « Peut-on définir la performance ? » *Revue Française de Comptabilité*, n°269, pp. 61-66.
- Chabot J.-M. (2005), « La gouvernance clinique » *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 24, pp 53-59.
- Claveranne J.-C. (2003), « L'hôpital en chantier du ménagement au management », *Revue Française de Gestion* –VOL 29/146 –pp. 125-130.
- Debrosse D., Perrin A. et Vallancien G. (2003), Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale, *Plan Hôpital 2007, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées*, 41 p.
- Domergue J. et Guidicelli H. (2003), « La chirurgie française en 2003 : les raisons de la crise et les propositions », *Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées*, 56 p.
- Durieux D. (2004), «La décentralisation des hôpitaux : un enjeu pour la gestion des ressources humaines » *Revue Hospitals BE*.
- Glouberman S. et Mintzberg H. (1992), «*Managing the Care of Health and the Cure of Disease, part I: Four Worlds, Paper work*», 30 pages.

- Halgand, N. (2003) "L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement" *Revue Française de Gestion* volume 29.147, pp.219-231.
- Hart J. et Mucchielli A. (2003), *Soigner l'hôpital, diagnostics de crise et traitements de choc*, éditions Lamarre, Paris, 167 p.
- Haute Autorité de santé (2005), *Principes fondateurs, rôle, missions et organisation*, dossier de presse.
- Kaplan R.S. et Norton D.P. (1998), *Le tableau de bord prospectif*, les Editions d'Organisation, 311 p.
- Lebas M. (1995), « Comptabilité de gestion : les défis de la prochaine décennie » *Revue Française de Comptabilité*, n°265, pp. 35-48.
- Lenay O. et Moisdon J.-C. (2003), « Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité, trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier » *Revue Française de Gestion* –VOL 29/146 –pp. 131-141.
- Lorino P. (1997), *Méthodes et pratiques de la performance, le guide du pilotage*, Les éditions d'organisation, Paris, 512 p.
- Nobre T. (1998), « Management de la valeur et pouvoir dans l'hôpital » *Finance Contrôle Stratégie* – Volume 1, N°2, juin 1998, pp. 113-135.
- Nobre T. (2001), « Management hospitalier : du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du tableau de bord prospectif », *Comptabilité Contrôle Audit* / Tome 7 – Volume 2 – novembre 2001 pp. 125-146.
- Organisation Mondiale de la Santé (2000) : *Rapport sur la performance des systèmes de santé dans le monde*, 161p.
- Pascal Ch. (2000), *Gérer les processus à l'Hôpital, une réponse à la difficulté de faire ensemble*, thèse de doctorat, Université Jean Moulin – Lyon 3, 420 p.
- Perrow C. (1967), "A Framework for the Comparative Analysis of Organizations", *American Sociological Review*, pp 194-208.
- Session d'information Mission Tarification à l'activité –version 2.5 octobre 2003- mise à jour décembre 2004.
- Teil A. (2002), *Défi de la performance et vision partagée des acteurs, application à la gestion hospitalière*, thèse de doctorat, Université Jean Moulin – Lyon 3, 399 p.
- Thiéart R.-A. et coll. (1999), *Méthodes de recherche en management*, DUNOD, Paris, 535 p.