

cee

CENTRE D'ÉTUDES DE L'EMPLOI

Octobre
2008

Les changements organisationnels
et leurs outils : entretiens
avec les dirigeants d'hôpitaux

Mihaï Dinu Gheorghiu,
Danièle Guillemot,
Frédéric Moatty

107

Document de travail

Les changements organisationnels et leurs outils : entretiens avec les dirigeants d'hôpitaux

MIHAÏ DINU GHEORGHIU

mihaidg@yahoo.fr

CEE, Centre de sociologie européenne

DANIELE GUILLEMOT

daniele.guillemot@mail.enpc.fr

Centre d'études de l'emploi

FRÉDÉRIC MOATTY

frederic.moatty@mail.enpc.fr

Centre d'études de l'emploi, Tepp (CNRS FR n° 3126)

DOCUMENT DE TRAVAIL

N° 107

Octobre 2008

ISSN 1776-3096
ISBN 978-2-11-098172-1

LES CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS ET LEURS OUTILS : ENTRETIENS AVEC LES DIRIGEANTS D'HÔPITAUX

Mihai Dinu Gheorghiu, Danièle Guillemot, Frédéric Moatty¹

RESUME

Une enquête par entretiens réalisée dans le cadre de la pré-enquête sur les *Changements organisationnels et l'informatisation* dans les hôpitaux a porté sur la question de la réforme hospitalière et des transformations du groupe des dirigeants, gestionnaires et médecins. Le texte présente les objectifs de l'enquête quantitative en lien avec les transformations actuelles du secteur hospitalier ainsi que le terrain enquêté. Il s'intéresse ensuite aux points de vue des dirigeants sur les principaux changements, passés ou en cours, et leurs enjeux. Il dresse une typologie des changements selon leur importance, qu'il s'agisse de changements gestionnaires comme la tarification à l'activité (T2A) et la nouvelle gouvernance, de changements organisationnels comme les fusions et la mise en réseau des hôpitaux ou de changements d'ordre symbolique comme l'évolution de la place du patient dans l'institution. La recomposition des équipes de direction, l'adoption de nouvelles pratiques managériales et de nouveaux instruments de gestion et de communication imposent aux différents groupes professionnels de se repositionner par rapport au discours de la réforme et d'élaborer de nouvelles stratégies individuelles et collectives : celles-ci dépendent de leur engagement dans les réformes, de leurs expériences vécues des changements et du contexte particulier dans lequel se situe l'établissement hospitalier où ils exercent. Enfin, les apports des entretiens à l'élaboration de l'enquête statistique sont exposés, ainsi que le guide d'entretien et le questionnaire réalisé.

Mots-clefs : changement organisationnel, outils de gestion, informatisation, secteur de la santé, hôpital, pré-enquête, entretiens, dirigeant.

¹ Cet article a déjà fait l'objet d'une publication dans la série « Études » [n° 72, novembre 2007] de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité : <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud72.pdf>

Organizational Changes and their Tools : Interviews with Hospital Managers

Abstract

A previous survey by interviews was conducted as the preliminary part of the statistical survey regarding the Organizational changes and computerization in French hospitals. It has focused on the issue of hospital reform and subsequent transformations of the relations among executives, managers and physicians. The text sets out the field of research and the objectives of the quantitative survey regarding the current transformations of the hospital sector. It then focuses on leaders' views on the major past or current changes, and on the issues at stake. Afterwards, it draws up a typology of main transformations: managerial ones, like the sitting of the pricing relatively to the activity (T2A) and the new governance, organizational ones as the mergers of different areas and hospital networking, or symbolic ones as the changes of the patient's place in the institution. The re-forming of management teams, new managerial practices and new management and communication tools impose the repositioning of the different professional groups on the reform discourse and the working out of new individual and collective strategies which depend on the personal experiences of these changes, diverse individual forms of commitment towards the reforms taking place, and the specific context of the hospital concerned. Finally, the contributions of the interviews to the preparation of the statistical survey as well as the interview guide and the questionnaire related are set out.

Key words: *organizational change, management tools, computerization, health sector, hospital, qualitative survey, interviews, manager.*

*Cette recherche a été financée par la Drees – Convention Drees-CEE
n° 05000181.*

Remerciements

Nous tenons à remercier en premier lieu les responsables rencontrés pour le temps qu'ils ont mis au service de ce projet et la confiance qu'ils nous ont accordée.

Nos remerciements, tout particulièrement, à Dominique Tonneau (École des Mines, Centre de Gestion scientifique), Robert Holcman (Cnam, ancien directeur d'hôpital, auteur d'une thèse sur l'organisation et le changement), Jean de Kervasdoué (consultant de la Compagnie française de gestion de services de santé Sanesco, professeur titulaire de la chaire d'Économie et gestion des services de Santé au Cnam), et Denis Ducasse (DHOS, ancien directeur d'hôpital), qui nous ont éclairés dans la mise au point de la grille d'entretien, nous ont permis d'entrer en contact avec les personnes interrogées dans le cadre de cette pré-enquête, et ont participé très activement à la mise au point du questionnaire statistique lui-même.

Merci enfin aux membres du comité de suivi, Mylène Chaleix et Brigitte Haury de la Drees, et bien sûr à Marie Cordier et François Guillaumat, du bureau des professions médicales de la Drees, qui ont suivi de très près ce travail.

Sommaire

Remerciements	5
Introduction	9
Les changements organisationnels et l'informatisation...	9
... et leurs incidences dans les hôpitaux	10
L'extension de l'enquête COI aux hôpitaux	11
Une approche transversale par organisations	11
Une approche par les outils	13
Les différents objectifs de la pré-enquête	14
1. Présentation des entretiens, méthode et principaux résultats	15
1.1 Échantillon et méthode	15
1.2 Positions et carrières : deux groupes professionnels bien distincts	16
1.3 Visions croisées sur les changements	17
1.4 Une esquisse de typologie des changements	18
2. Points de vue sur les changements à l'hôpital	22
2.1 Les changements considérés comme importants	23
2.2 Une vision processuelle et située des changements	24
2.3 Les différents changements et leur importance relative	25
2.4 Mise en relief des points cruciaux selon les points de vue de la personne enquêtée	26
2.5 Une vision contextuelle des changements	27
2.6 Enjeux internes et externes de la redéfinition des pouvoirs, la place des nouvelles associations et coopérations	28
3. Qu'ont apporté les entretiens à l'élaboration de l'enquête statistique ?	29
3.1 Organisation générale du questionnaire	29
3.2 Partie A : Stratégies et moyens...	29
3.3 ... environnement et contraintes	31
3.4 Partie B : Quels sont les services fonctionnels de l'hôpital ?	31
3.5 Réforme hospitalière : expérimentation, contractualisation et <i>reporting</i>	32
3.6 Partie C : Des outils informatiques transversaux aux organisations	33
3.7 Partie D : Les relations avec les usagers	33
3.8 Partie E : Automatisation des flux logistiques	34
3.9 Partie F : Gestion des ressources humaines	34
3.10 Partie G : Les difficultés du changement dans le secteur hospitalier : points communs et spécificités	35
Bibliographie	36
Annexe 1 : Guide d'entretien	39
Annexe 2 : Note explicative et questionnaire	43

INTRODUCTION

Les changements organisationnels et l'informatisation...

Les transformations politiques, sociales et économiques qui traversent le secteur de la santé et son environnement conduisent les gestionnaires des hôpitaux à mettre en œuvre, à l'instar des gestionnaires d'entreprises, des politiques managériales modifiant en profondeur les organisations existantes et le travail des salariés. Dans les entreprises comme dans les hôpitaux, les politiques managériales s'objectivent, se matérialisent et s'instrumentent à travers la diffusion de nouveaux outils de gestion s'appuyant largement sur des systèmes d'information renouvelés. Les organisations standardisent et automatisent leurs processus, renforcent l'intégration de leurs unités et équipes en interne, développent, formalisent et informatisent leurs relations, en amont avec les fournisseurs ou partenaires, et en aval avec les clients ou usagers. Les nouvelles organisations et les nouveaux outils poussent les salariés à davantage d'autonomie et de responsabilités notamment vis-à-vis des clients, à accroître leurs compétences et leur adaptabilité ; elles renforcent aussi les interactions entre les salariés faisant émerger de nouvelles dimensions collectives du travail. Ces changements intenses bousculent les conditions de l'implication au travail, et c'est dans ce contexte que les employeurs mettent en place de nouveaux modes d'évaluation, et parfois aussi de rémunération du travail.

L'enquête « changements organisationnels et informatisation » (COI) vise à saisir ces changements par un dispositif d'enquêtes statistiques couplées employeurs/salariés. Recueillir de l'information à la fois auprès des dirigeants de l'entreprise et de ses salariés apporte une vision beaucoup plus complète de celle-ci que l'interrogation des seuls dirigeants, auxquels l'entreprise serait assimilée, ou des seuls salariés, dont on analyserait le travail indépendamment du contexte et du collectif dans lequel il se construit. L'enquête couplée est en quelque sorte à l'enquête quantitative ce que la monographie d'entreprise est à l'approche qualitative. Le volet « employeurs » de l'enquête cherche à cerner l'organisation stratégique de l'entreprise et la mobilisation des outils de gestion et d'informatisation dans ses différentes fonctions, comme la production ou la logistique, les relations avec les clients ou usagers et fournisseurs, le système d'information et les ressources humaines. L'enquête auprès des salariés porte sur les caractéristiques des postes de travail, en termes d'usages de l'informatique, d'insertion dans un collectif, de ressources que celui-ci apporte, de marges d'initiative, de rythme de travail, de formation et d'évaluation du travail. Cette enquête permet ainsi d'évaluer les effets des nouvelles organisations et formes de *management* sur le travail, en lien avec l'utilisation de l'informatique. Sa mise en relation avec d'autres sources sur les entreprises et leurs salariés² permet d'étudier les performances productives et les caractéristiques de la main-d'œuvre associées aux nouvelles formes d'organisation.

² Pour les entreprises, il s'agit essentiellement de l'enquête « EAE » réalisée chaque année auprès d'un très large échantillon d'entreprises principalement pour les besoins de la comptabilité nationale. Cette enquête recueille notamment de nombreuses informations sur les résultats économiques des entreprises. Elle a servi de base de sondage à l'enquête « COI entreprise ». L'équivalent de cette enquête dans le secteur hospitalier est l'enquête « SAE », qui recueille de nombreuses informations sur l'activité des établissements hospitaliers, par exemple les spécialités médicales ou le nombre de patients reçus. C'est cette enquête qui servira de base de sondage pour « COI-hôpitaux ». Pour les salariés (secteur marchand et hôpitaux), on bénéficiera des informations issus des DADS – déclarations de données sociales – notamment sur les salaires perçus et la durée du travail.

... et leurs incidences dans les hôpitaux

Les hôpitaux ne sont pas à l'écart de ces évolutions. Au contraire, ils sont l'objet de très importantes réorganisations externes et internes et d'une modernisation intense, souvent impulsées par les pouvoirs publics et la politique de santé, mais aussi parfois par des changements technologiques ou l'évolution des pathologies ou des comportements.

En effet, confrontés à des questions de financement rendues aiguës par le déficit chronique de la Sécurité sociale, alors que l'évolution des techniques médicales et des exigences de la société en matière de santé produit une forte pression à la hausse sur les coûts, les hôpitaux, poussés par les pouvoirs publics, ont dû, depuis une vingtaine d'années, se réorganiser fortement.

Aujourd'hui encore, les hôpitaux doivent introduire de nouveaux changements imposés par la politique de santé publique, qui impactent leur organisation et leur activité : ainsi, la tarification à l'activité (T2A) oriente la rentabilité des spécialités médicales tandis que l'organisation en pôles (nouvelle gouvernance) modifie l'équilibre des pouvoirs entre médecins et directions administratives. En même temps, ils continuent à faire face aux modifications de leur environnement, à la montée des pathologies liées au vieillissement ou à la précarité, aux attentes croissantes des usagers concernant l'information, l'accompagnement ou le suivi des malades. Ils ont aussi à gérer la pénurie chronique de certains types de personnels.

Face à ces évolutions, les hôpitaux sont amenés à changer leur organisation et à se moderniser. Pour cela, ils s'appuient sur des formes d'organisation, des méthodes ou des outils souvent utilisés dans les entreprises, parfois en faisant appel aux services de consultants qui conseillent les uns et les autres. Ainsi, les certifications, labellisations ou autres normes de qualité fleurissent dans les hôpitaux comme dans les entreprises marchandes et même l'administration, dans l'objectif d'imposer des standards de qualité, tant au cœur de l'activité médicale que dans les relations avec les usagers. De même, la mise en réseaux et les partenariats font sortir l'hôpital « hors les murs » dans la cité ou la région, tandis que d'autres organisations, notamment des sous-traitants, pénètrent en son sein. C'est là une tendance plus générale des organisations qui voient leurs frontières devenir poreuses, qu'elles s'inscrivent pour les entreprises marchandes dans une « chaîne de valeur » concourant à la production finale, ou, pour les hôpitaux, dans une chaîne de soin des malades, faisant intervenir à la fois le marché et des formes de collaboration fondées sur la réciprocité. Le développement en cours ou envisagé de bases de données intégrées articulées à des logiciels d'optimisation des flux et des outils de traçabilité des médicaments, déchets ou même des patients, fait pendant à l'extension des progiciels de gestion intégrés (PGI ou *ERP-Enterprise Resource Planning*), tant dans les entreprises que dans les administrations publiques. Ainsi, le dossier médical partagé, s'il aboutit, pourrait bien modifier en profondeur tant les modes de prise en charge des patients que les méthodes de travail des personnels soignants et administratifs.

D'autres exemples de proximité des organisations, méthodes et outils qui se mettent en place dans les hôpitaux, dans les entreprises, et souvent aussi dans l'administration publique, seront développés dans ce rapport, qui montrent tout l'intérêt d'observer ces changements de manière articulée dans les différentes formes d'organisation.

L'extension de l'enquête COI aux hôpitaux

Ces changements doivent pouvoir être appréciés de manière conjointe du point de vue des directions des hôpitaux qui les organisent et du point de vue des salariés qui les mettent en œuvre dans leur travail quotidien. En effet, les directions peuvent apporter un point de vue informé sur les outils organisationnels et techniques adoptés, sur les objectifs et contraintes qui ont présidé aux choix, sur les mesures qui ont pu les accompagner, et sur leurs perceptions des succès et difficultés dans leur mise en œuvre. De leur côté, en décrivant leur situation de travail, les salariés informent de la mise en œuvre concrète de ces outils dans les services et des répercussions ressenties sur les conditions de travail. La description des parcours de formation, des compétences mises en œuvre, et de quelques autres éléments des situations professionnelles et personnelles, doit permettre d'étudier les conditions de la mise en œuvre des changements en tenant compte des caractéristiques des salariés.

Dans cette perspective, le volet « salariés » de l'enquête COI de 2006 convient pour interroger les salariés des hôpitaux publics ou privés aussi bien que les salariés des entreprises marchandes et aussi des agents de l'État³. En effet, le questionnaire bénéficie de l'expérience d'enquêtes réalisées en « population générale » : il a en partie été inspiré des enquêtes « Conditions de travail » et « Techniques et organisations du travail » réalisées par la Dares depuis la fin des années soixante-dix et adressées à tous les salariés et non salariés, et donc en particulier aux salariés des hôpitaux. De plus, une enquête spécifique sur les conditions de travail dans les hôpitaux a été réalisée par la Drees en 2004, montrant l'intérêt et les potentialités de cette approche. Les tests du questionnaire « salariés » de l'enquête COI 2006, étendus à des salariés des hôpitaux, ont confirmé la bonne adaptation du questionnaire à ces derniers, moyennant une adaptation marginale du vocabulaire. Mais l'enquête auprès des entreprises pouvait-elle être, de la même manière, étendue au secteur hospitalier ? Si la question ainsi posée prolonge celle qui a conduit à étendre l'enquête COI, initialement restreinte aux entreprises industrielles à l'ensemble des secteurs marchands, les spécificités du secteur hospitalier et le caractère expérimental de l'enquête dans ce secteur ont conduit à envisager un questionnement spécifique, mais fortement inspiré de celui de l'enquête auprès des entreprises.

Une approche transversale par organisations

L'enquête COI a pour objectif général, on l'a vu, de mesurer les changements organisationnels et l'informatisation dans les entreprises et, plus généralement, les organisations et leur impact sur les performances de celles-ci et sur le travail. Pour cela, différents outils de mesure sont mobilisés : l'enquête auprès des entreprises (des organisations), l'enquête auprès des salariés, des informations connues par ailleurs (par d'autres enquêtes ou des fichiers administratifs) sur ces organisations et ces salariés. Lors de l'élaboration de l'enquête « entreprises », il a fallu répondre à une première question : est-il possible d'analyser les changements d'organisation et l'informatisation des entreprises de secteurs d'activité différents, et notamment industrielles et tertiaires, au moyen d'un même questionnaire ? Établir un seul questionnaire était important pour l'organisation de l'enquête, mais surtout permettait d'envisager des exploitations couvrant l'ensemble du champ des entreprises mar-

³ Une extension de l'enquête COI à la Fonction publique d'Etat a en effet également été décidée.

chandes et de leurs salariés, élargissant ainsi la portée des résultats. Cette possibilité n'était pas acquise, dans la mesure où la première enquête COI, réalisée en 1997, portait sur les entreprises industrielles de 50 salariés et plus, avec deux expérimentations (fondées sur des questionnaires spécifiques) dans des branches du commerce et des services. Ainsi, de nombreuses questions de l'enquête de 1997 semblaient fortement centrées sur les fonctions de production propres aux entreprises industrielles. Mais il est apparu au fil de la préparation de l'enquête, et notamment des entretiens réalisés dans le cadre d'une pré-enquête semblable à celle-ci⁴ qu'on pouvait raisonnablement regrouper dans l'analyse des entreprises de secteurs différents. De nombreux facteurs poussent dans cette direction. Tout d'abord, les organisations industrielles sont de moins en moins centrées sur la fonction « production », celle-ci ne recélant plus les meilleures perspectives d'amélioration des performances globales. En effet, les efforts de modernisation de la production ont été tels, dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, que les améliorations y paraissent aujourd'hui moins substantielles alors que des gains considérables sont attendus au travers de la modernisation du système d'information, qui concerne les entreprises quel que soit leur secteur d'appartenance, et peut-être même davantage les services que l'industrie. D'autre part, l'orientation « service au client » est de plus en plus diffusée dans les entreprises industrielles, ce qui les rapproche d'autant du tertiaire. De plus, des entreprises de secteurs différents doivent souvent collaborer, ce qui tend à faire converger les outils informatiques et de gestion des unes et des autres. Enfin, il semble que les outils informatiques et de gestion jouent en eux-mêmes un rôle structurant dans le dépassement des frontières sectorielles. D'autres critères de différenciation entre les entreprises, ou au sein même des entreprises, sont apparues finalement plus pertinentes du point de vue des changements organisationnels et de l'informatisation. Par exemple, la distinction entre les entreprises qui produisent des biens ou services standard indépendamment du lieu et de la clientèle, et celles qui adaptent systématiquement leur offre aux besoins de chaque client. Mais surtout, il est apparu fécond d'organiser le classement des outils informatiques et de gestion selon les fonctions présentes dans l'entreprise : l'organisation des entreprises par « fonctions », qui semble se renforcer, transcende les appartenances sectorielles. Or, des bases de données, des logiciels et différents outils équipent spécifiquement différentes fonctions, comme les ressources humaines, la comptabilité, les achats, les relations clients (ou usagers), qui sont communes aux organisations de différents secteurs d'activité.

Ainsi, une approche transversale aux secteurs de l'enquête « COI-entreprises » est parue possible et souhaitable. Elle permet une interrogation commune et synthétique qui s'affranchit de la variété des produits, services ou techniques utilisés, c'est-à-dire des découpages sectoriels traditionnels. La voie était donc ouverte pour l'étape suivante : pourquoi ne pas étendre l'enquête COI aux secteurs non marchands et, en particulier, aux hôpitaux ? Si le système d'information devient un élément stratégique des entreprises de tous secteurs, si les outils de gestion et les outils informatiques rapprochent l'industrie et les services, n'en est-il pas de même pour les hôpitaux ? De plus, les hôpitaux ne sont-ils pas, de plus en plus, gérés « comme des entreprises », même si leur mission de service public et la « matière humaine » qu'ils traitent les distinguent ?

⁴ Barreteau, Greenan, Guillemot, « Changements organisationnels et outils informatiques. Entretiens avec des cadres dirigeants d'entreprises », Rapport pour la Dares, 2005.

Une approche par les outils

L'enquête COI aborde les changements organisationnels et l'informatisation en s'appuyant sur une approche par les outils. Le questionnaire propose une liste d'outils de gestion et d'outils informatiques ; le répondant est invité à déclarer si l'entreprise dispose ou non de chacun de ces outils au moment de l'enquête, et si elle en disposait quelques années auparavant (dans le questionnaire « COI-entreprises », en 2006 et en 2003). Le changement dans l'organisation est donc appréhendé par le degré de mobilisation des outils de gestion, et l'informatisation par la diffusion des outils informatiques. S'il ne fait guère de doute que l'informatisation s'appuie sur la diffusion d'outils informatiques, l'approche du changement organisationnel par les outils de gestion repose en revanche sur une hypothèse théorique forte, qui ne porte pas directement sur ce qu'est le changement organisationnel, mais sur le lien entre le changement et les outils : les changements dans l'organisation des entreprises s'appuient sur des outils de gestion qui, se diffusant dans les entreprises, les transforment⁵.

Cette hypothèse peut-elle être également retenue dans le cas de l'enquête dans le secteur hospitalier ? Les outils de gestion et l'informatique professionnelle ne sont-ils pas spécialisés par domaine d'activité ? Il y a bien sûr de nombreuses différences entre les outils utilisés dans des entreprises industrielles, des chaînes d'hôtellerie ou des hôpitaux. Certains sont clairement spécifiques. Mais les progiciels de gestion intégrés, les normes ISO, les outils de traçabilité, les engagements vis-à-vis des réclamations ou des demandes d'information, par exemple, s'étendent à tous les secteurs et toutes les tailles d'entreprise, à des rythmes bien entendu divers. L'approche par les outils semble ainsi particulièrement pertinente pour comparer les secteurs entre eux, car de mêmes outils (ou de mêmes familles d'outils) les pénètrent en étant portés par l'offre des fabricants et des entreprises de conseil qui les vendent. Notons que, ce faisant, ils peuvent influencer les organisations dans un même sens ; pour les entreprises, les entretiens de la pré-enquête évoquent ainsi des tendances communes à la centralisation financière, à l'intégration organisationnelle et à la formalisation des processus. On peut faire l'hypothèse qu'en effet, les normes de gestion des hôpitaux tendent à se rapprocher de celles des entreprises.

Au total, l'approche générale du volet « entreprises » de l'enquête COI 2006 semble être féconde pour aborder le volet « établissements » de l'enquête dans les hôpitaux. Néanmoins, l'hôpital n'est pas une entreprise comme les autres. Ses caractéristiques de service public, le fort impact de la politique de santé et des orientations, régulations ou obligations qu'elle définit nécessitaient un gros travail d'adaptation sur le questionnaire. Ainsi, les questions de choix organisationnels et informatiques du questionnaire COI destiné aux entreprises sont articulées à un questionnement sur les stratégies marchandes (perception du marché, adaptation à celui-ci, stratégies concernant les coûts, la différenciation des produits, la réactivité, etc.), et les stratégies financières (composition du capital). Si certaines de ces questions peuvent trouver un écho dans les préoccupations et les démarches des directions d'hôpitaux, notamment du secteur privé, elles ne pouvaient être posées telles quelles, et certaines questions devaient aussi porter sur des organisations et outils propres au secteur hospitalier.

Pour adapter le volet « entreprises » de l'enquête COI au secteur hospitalier, il était nécessaire de bien appréhender les changements en cours, leur impact diversifié selon le type

⁵ Le rôle des « outils de gestion », a été décrit dans les années quatre-vingt par M. Berry (1983) et d'autres chercheurs comme fonctionnant comme une « technologie invisible » (Moison, 1997).

d'établissement, les pratiques concrètes de réorganisation et les outils informatiques utilisés. Pour cela, la Drees a financé une phase préalable d'enquêtes qualitatives auprès de responsables de niveaux et de ministères différents.

Les différents objectifs de la pré-enquête

La pré-enquête a eu ainsi pour objectif principal d'alimenter le travail, mené en parallèle, de préparation du volet « employeur » de l'enquête COI dans les hôpitaux. Il s'agissait tout d'abord d'identifier des interlocuteurs permettant d'obtenir une réponse informée à l'enquête. Mais il s'agissait surtout d'alimenter l'élaboration du questionnaire en rendant compte de la perception que ces acteurs ont des processus de changement en cours, des outils managériaux et informatiques utilisés et des enjeux qu'ils comportent. Nous disposions comme point de départ du questionnaire COI auprès des entreprises du secteur marchand, dont la conception s'est achevée à l'automne 2005, et d'une première version du questionnaire dans la Fonction publique. La démarche d'élargissement au secteur hospitalier d'une approche conçue initialement pour les entreprises du privé nous a conduits à privilégier une approche comparative et à poser la question suivante : qu'est-ce qui est pertinent dans l'enquête auprès des entreprises pour une interrogation dans le secteur hospitalier, qu'est-ce qui ne l'est pas et quelles interrogations spécifiques faudrait-il ajouter ?

Ainsi, dans le cadre du travail d'élaboration du questionnaire, la pré-enquête a notamment contribué à :

- évaluer la pertinence pour le secteur hospitalier des questions posées par le volet « entreprises » de l'enquête COI dans le secteur marchand, concernant l'organisation fonctionnelle des unités de travail, les objectifs et contraintes du changement, les outils managériaux et informatiques, les difficultés rencontrées ;
- repérer des questions nouvelles propres aux évolutions en cours dans l'administration : tarification à l'activité et nouvelle gouvernance, accréditations, contrats objectifs-moyens (COM), relations avec les usagers, partenariats ville-hôpital, sous-traitance, pénurie de personnel, etc. ;
- cerner les éléments discriminants par rapport aux notions mobilisées dans l'analyse : pertinence d'une approche par « fonctions » à l'instar du questionnaire « entreprises », pour comprendre les réorganisations, et comme support des outils de gestions et des outils informatiques ; listage des fonctions existant dans l'hôpital qu'il convient de distinguer ; éléments permettant d'identifier des changements particuliers ou d'identifier une difficulté de mise en œuvre du changement ;
- identifier des modalités de réponse qui devraient permettre de repérer des régularités ou des dispersions significatives par rapport à une question donnée (une question qui recevrait la même réponse de la part de l'ensemble des unités interrogées n'a pas d'intérêt).
- préciser le vocabulaire afin de mieux formuler les questions et améliorer la compréhension générale du questionnaire.

La mise en œuvre concrète de ces objectifs dans le questionnaire est précisée dans la troisième partie de ce rapport.

Nous avons donc rencontré des directeurs et membres de la direction d'hôpitaux publics et privés, des responsables de missions au ministère de la Santé, issus de la filière administrative ou médecins, dans différentes régions et de différentes tailles. Ils ont été interrogés sur les changements organisationnels et informatiques les plus importants qu'ils ont connus, dans

leur établissement actuel et au cours des dernières années de leur carrière, et sur les obstacles auxquels ils ont été confrontés dans le cadre de ces changements (voir grille d'entretien en annexe). Ce rapport présente les principaux résultats de ces entretiens et, en annexe, une synthèse des 30 entretiens réalisés.

Au-delà des principaux résultats des entretiens et de l'exposé de leur méthodologie, les propos recueillis ont également servi à établir une esquisse de typologie des changements (partie 1). La problématique de l'enquête est éclairée grâce aux points de vue qu'ont ces dirigeants sur les évolutions en cours, sur leurs enjeux et les outils dont ils disposent. Ces points de vue dépendent de leurs engagements par rapport aux changements liés notamment à leur expérience passée, ainsi que de leur position et du contexte de leur établissement (partie 2). Enfin, la dernière partie du rapport (partie 3) discute de manière détaillée les différents apports à l'élaboration des différentes parties du questionnaire, des questionnaires employeurs dans les secteurs marchands et la Fonction publique, des résultats des entretiens, ainsi que des discussions du comité de suivi.

1. PRÉSENTATION DES ENTRETIENS, MÉTHODE ET PRINCIPAUX RÉSULTATS

1.1. Échantillon et méthode

Deux professions, administrative et médicale, sont représentées dans l'échantillon des personnes interviewées. Les membres des deux groupes professionnels diffèrent de par leurs formations, leurs trajectoires, leurs positions hiérarchiques, leur culture et leur expérience professionnelles, d'où la diversité des prises de position sur les changements organisationnels récents ou en cours et sur l'informatisation de leurs établissements. Il s'agit de 4 directeurs généraux de CHU, 3 de Paris et de la région parisienne, 1 de l'Ouest de la France ; de 2 directeurs de CH de la région parisienne ; de 3 hauts responsables de missions au ministère de la Santé (tous anciens directeurs d'hôpital) ; d'1 responsable de centre de lutte contre le cancer ; de 10 directeurs adjoints : 4 responsables des ressources humaines (3 en CH, 1 en CHU), 2 responsables des affaires financières (CH, CHU), 2 responsables de l'informatique, 1 directrice des soins (CHU), 1 directeur Qualité (CHU) ; de 6 présidents de la CME (Commission médicale d'établissement) dont 2 sont également DIM⁶ (3 en CHU, 3 en CH) et d'un médecin membre de l'équipe de direction d'un hôpital privé.

Les entretiens présentés dans ce document ont été réalisés sur le lieu de travail des personnes interrogées, entre juin et novembre 2006, à l'exception du premier, réalisé en février 2006. Les entretiens ont été retranscrits *in extenso* et ont fait l'objet de plusieurs présentations devant le comité de pilotage de l'enquête. Étant donné le caractère non représentatif de l'échantillon des personnes interviewées, la sous représentation de certaines catégories d'établissements, la difficulté de couvrir une problématique vaste pendant une heure d'entretien (la durée moyenne des entretiens), les réponses obtenues sont lacunaires et méritent d'être approfondies et complétées.

⁶ Départements d'information médicale (DIM). Le DIM est responsable de l'information médicale. Il se trouve à la charnière entre le pouvoir médical et le pouvoir administratif.

Des entretiens préalables ont permis la préparation du guide d'entretien et ont aidé à la prise des contacts. Les membres du comité de suivi ont fait également des propositions pour le guide d'entretien.

Bien que destinés à nourrir et préciser le questionnaire, les entretiens ont une logique propre, recueillant des données historiques, biographiques et monographiques indispensables à la compréhension des problématiques faisant l'objectif de l'enquête et des points de vue exprimés. Le guide d'entretien, construit pour aider à la réflexion sur le questionnaire, avait été rédigé en prenant en compte une série d'oppositions qui structurent le champ des institutions de santé, « *changements externes* », dont certains relèvent de l'ordre des changements intervenus dans l'environnement immédiat de ces établissements (changements sociaux et de la patientèle, nouvelles pathologies, changements dans les réseaux, problème de démographie médicale), d'autres sont considérés comme des « *changements internes* » (d'ordre organisationnel, dans l'équipement, ou concernant le personnel ou les usagers) : fusions, réduction du temps de travail, problèmes de violence, etc. En même temps, le guide essayait d'obtenir des réponses sur les effets de ces changements, les conditions de leur mise en œuvre, l'information du personnel sur les décisions prises, les outils (informatiques et managériaux) du changement et les changements « imprévus » que l'utilisation de ces outils aurait introduits.

1.2 Positions et carrières : deux groupes professionnels bien distincts

Les deux groupes professionnels diffèrent essentiellement par la mobilité de leurs membres : la majorité des directeurs et leurs adjoints ont occupé des postes dans plusieurs établissements, ils sont soumis à une contrainte statutaire de mobilité, certains occupent des postes de responsabilité dans l'administration centrale. Les médecins sont beaucoup plus « stables », ils ont fait leur carrière au sein du même établissement (ce qui augmente les chances de se faire élire par les collègues). Cependant, les membres des deux groupes travaillent ensemble dans des équipes de direction ou des comités exécutifs de leurs établissements, les réformes en cours visant aussi à renforcer leur coopération.

Une différence importante entre les deux groupes relève des conditions d'occupation de leur position, les administratifs étant nommés, et les médecins présidents de CME élus, cette différence étant évoquée à propos de la légitimité et de l'autorité des uns et des autres, et des critères concurrents de classification hiérarchique.

À l'intérieur du corps des directeurs, on distingue habituellement « deux générations » pour ce qui concerne la formation : les anciens ont fait plus souvent des études de droit, d'économie ou de gestion, complétées éventuellement par des stages à l'École nationale de santé publique (ENSP) ; les plus jeunes, en particulier ceux provenant du recrutement externe à l'ENSP, ont fait des études à Sciences Po (l'ENSP est parfois un second choix après l'ENA) ; un tiers des promotions actuelles est composé de ceux qui ont été recrutés « en interne » (dont des cadres infirmiers souhaitant devenir directeurs des soins) ; mais il y a aussi parmi les occupants des postes de directeur adjoint des personnes qui se présentent comme ayant « un parcours atypique », ayant travaillé dans l'économie ou les finances, ou des « autodidactes » (dans des établissements privés). Une distinction est à faire aussi entre ceux qui n'ont connu que le monde de l'hôpital et ceux qui ont eu une expérience professionnelle ailleurs.

Une autre distinction entre les deux groupes (et à l'intérieur de chaque groupe) concerne la réputation des personnes interviewées, leur capital symbolique : parmi les directeurs ou les anciens directeurs, certains ont lié leur nom à des grands projets de réforme, ou sont engagés

en ce moment dans la mise en œuvre des réformes, et le « discours d'institution » se fait plus remarqué dans leur cas. Certains se présentent comme des précurseurs, ayant lié leur nom à des réformes, le vécu de leur expérience mélangeant parfois fierté et déception.

Parmi les médecins présidents de CME, certains occupent des positions de représentation dans des associations professionnelles de leur spécialité médicale au niveau national. Certains médecins (notamment les DIM) n'ont plus d'activité clinique, tout en gardant des liens avec leurs anciens services et usant de leur expérience clinique. Des présidents de CME sont également des chefs de service.

Les prises de position par rapport aux réformes sont également assez contrastées : il y a ceux qui sont engagés à fond, qui s'y identifient, et ceux qui sont plus prudents ou réservés, enfin, on observe des prises de position très critiques surtout vis-à-vis de la mise en œuvre des réformes, mais dont la dénonciation se veut « non-politique » et « non-idéologique ».

Ces positions seraient à situer par rapport aux principales réformes dont les personnes interviewées ont fait l'expérience (par exemple, les fusions et les fermetures des vieux hôpitaux, les premiers projets d'informatisation, les « départements » ayant précédé les « pôles » actuels, etc.). Quatre directeurs ou anciens directeurs d'hôpital interviewés ont appartenu à la première équipe de direction d'un nouvel hôpital parisien, un des plus grands d'Europe, leur engagement dans un projet expérimental d'envergure ayant interféré sur leur carrière par la suite.

Parmi les personnes interviewées, certains directeurs adjoints et certains médecins présidents de CME cumulent des fonctions, soit pour des raisons « stratégiques » (réduction du nombre de personnel dirigeant, concentration des responsabilités), soit pour des raisons de pénurie ; il y a aussi les intérimaires. D'autres se considèrent menacés par la concentration annoncée dans les pôles, qui mettraient en question des spécialisations à l'intérieur des équipes de direction, par exemple les DRH et les directeurs de soins seraient exclus des nouveaux conseils exécutifs.

1.3 Visions croisées sur les changements

La richesse des points de vue exprimés sur les réformes passées, en cours ou à venir rend difficile leur restitution et leur analyse. Nous avons privilégié dans le document de synthèse les prises de position contradictoires et critiques, pour illustrer la diversité de ces positions et faire apparaître les champs de force dans lesquels ils s'insèrent. Les changements font l'objet d'appréhensions ou donnent lieu à des expressions d'incertitude sur le devenir de groupes professionnels, sur la transformation des statuts et des carrières. Ils sont perçus soit comme un espoir pour enrayer une situation jugée critique du système de santé dans son ensemble ou de son établissement, soit comme une menace pour ce système et pour les corps qui le composent (d'ailleurs les partisans des réformes les voient orientées « contre le conservatisme et le corporatisme »). Cependant, il faut préciser que ces changements ne sont pas réductibles aux seules réformes administratives, aussi importantes soient-elles, mais qu'ils impliquent des transformations diverses, d'ordre social, démographique, engageant des historicités propres aux groupes professionnels ou aux acteurs et à leurs trajectoires. Un tableau chronologique des réformes reste à faire, pour mieux cadrer les différentes transformations qui leur sont attachées.

Les changements qui font l'objet de cette enquête sont ainsi à **situer dans le temps** : certains sont anciens (1983, la dotation globale), d'autres plus récents (les 35 heures, la « révolution du temps »), et ceux qui sont considérés les plus importants sont en cours (la nouvelle

gouvernance, l'organisation en pôles, la T2A) ou sont à venir (les progiciels de gestion intégrés, « la vraie rupture organisationnelle »).

1.4 Une esquisse de typologie des changements

La distinction préalable entre « changements externes » (dans l'environnement) et « changements internes » (dans l'établissement) est à relativiser. D'abord, parce que l'imposition d'un mode de travail en réseau des différents types d'hôpitaux et des différentes spécialités, la politique de décloisonnement accompagnée par les différentes formes d'autonomie et de délégation ont affaibli sans les effacer les frontières entre le « dedans » et le « dehors » institutionnel. Ensuite, parce que toute une série de décisions de changement ayant un impact important à l'intérieur sont prises à l'extérieur, ayant un rayonnement national. Cependant, si tous les hôpitaux sont dépendants de leur environnement social, économique ou du voisinage avec d'autres institutions de santé, certains en dépendent plus que d'autres : les hôpitaux dits « de proximité », le plus souvent de petite ou de moyenne taille, différent des CHU qui reçoivent des patients au-delà de leur territoire, dans certains cas en proportion significative de l'étranger.

La classification des changements par rapport au temps (passés, en cours, à venir) révèle des phases différentes d'élaboration (la préparation, la mobilisation, l'accompagnement, le suivi, la « normalisation ») et aussi des possibilités différentes d'évaluation des résultats et des effets. Les stratégies d'action collectives ou individuelles y sont directement liées. Certains ont induit déjà des transformations de comportements ou ont constitué des « chocs culturels ».

La classification des changements en fonction de l'évaluation faite par les acteurs concernés entre « importants » et « moins importants » permet d'observer la perception des différences entre changements structurels et changements conjoncturels ou occasionnels. Ils sont à leur tour de plusieurs ordres. Parmi les changements importants, on cite ceux qui sont liés à la productivité, à la qualité, à l'évaluation (la culture de l'évaluation), à l'information (et à l'informatisation). Il y a aussi les changements qui ont modifié profondément l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital comme les fusions. L'expérience de la fusion est présentée dans le cas d'un hôpital de la région parisienne comme ayant apporté plus de prestige à l'établissement (« redorer le blason »), la concentration des ressources et une recapitalisation qui ont permis une nouvelle construction, donc une modernisation et finalement un meilleur positionnement par rapport aux partenaires. Mais il y a aussi des critiques qui portent sur la taille trop grande des hôpitaux français, sur les visions unilatérales de la modernisation comme les investissements prioritaires dans des constructions de bâtiments.

Parmi les « moins importants », on cite les « formalités » liées à l'accréditation ou à la certification, l'information des patients ou les procédures de contrôle externe ou de justification ; des changements qui sont jugés parfois comme des « usines à gaz » ou considérés « infantilisants » (des critères d'évaluation, la volonté de tout formaliser ou légiférer).

Une catégorie à part des changements concerne le personnel médical ou paramédical. Ces changements sont présentés d'abord dans le sens de la modernisation et de la professionnalisation – plus particulièrement dans le cas des collectifs de travail qui ont connu des transformations importantes, comme tel « hôpital de campagne », ou qui était trop marqué par une organisation quasi autarcique (des « boules ») et des relations trop « familiales » –. Ces changements considérés de génération ou de culture s'expriment dans l'intérêt manifesté pour la gestion par les jeunes médecins ou la familiarité avec l'informatique, mais aussi par

le désintérêt pour le travail, la rationalisation à l'extrême des tâches, par des nouveaux rapports de force dans la gestion du personnel suite à des pénuries de certaines qualifications. La réduction du temps de travail, les 35 heures sont indiquées souvent comme le principal responsable des dysfonctionnements parmi les changements de cette catégorie.

Des changements aussi importants, bien que moins évoqués, concernent les usagers : ils sont d'abord liés à l'importance qui revient à l'hôpital en tant qu'institution dans la vie des communautés, une importance associée au retrait, voire la « démission » de la médecine libérale, qui fait de l'hôpital une instance de premier recours et crée le problème structurel de l'organisation des urgences. Les questions de violence, maltraitance et judiciarisation ont une place significative, probablement de moindre envergure par elles-mêmes qu'en tant qu'indicateurs de problèmes d'ordre plus général. Les questions de violence sont ainsi liées à des problèmes de société et plus particulièrement au changement de statut institutionnel connu par l'hôpital. Les questions de maltraitance sont associées aux problèmes de formation des personnels et à la sensibilisation publique relativement récente à l'égard de ce type de phénomènes. Enfin, la judiciarisation, bien que relativement rare, est considérée par certains médecins comme un indicateur (la « preuve ») du déclin de leur statut social, de la baisse de la reconnaissance publique et de la détérioration de « l'image » de la profession.

Mais les changements les plus importants sont d'ordre symbolique : le patient (l'utilisateur) se trouve au centre des discours de réforme, aussi bien de leurs promoteurs que de leurs critiques : pour les premiers, « l'enjeu central du pôle, c'est l'approche pluridisciplinaire du malade » (directeur de GHU) ; pour les autres, la T2A n'est qu'un « outil de régulation exclusivement politique », « aux mains de l'assurance-maladie », l'ensemble représentant « une dérive grave et maquillée » qui contribue à la dégradation de l'équité de l'accès aux soins (président de CME et DIM dans un CH de la région parisienne).

Dans la catégorie des changements organisationnels, une place à part revient à ceux qui visent l'insertion des établissements dans des réseaux : il s'agit soit des externalisations de certains services, soit des réseaux proprement médicaux établis en fonction des proximités territoriales et des rapports de complémentarité et de concurrence entre des spécialités médicales. Ici, un rôle important revient aux Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et aux Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), avec leurs programmes spécifiques.

Les externalisations sont directement liées aux évolutions des hôpitaux vers la modernisation et la professionnalisation, mais dépendent aussi de leur implantation territoriale : dans certains cas, il y a des fortes résistances syndicales ; dans d'autres, il ne s'agit que de « fausses » externalisations, liées aux marchés captifs propres à l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP). Enfin, les travaux de reconstruction des sites sont saisis par des directions comme une bonne opportunité pour faire accepter des externalisations, notamment pour l'entretien des nouveaux bâtiments.

Le fonctionnement en réseau public-public et public-privé s'avère encore plus complexe. Dans le cas des réseaux publics, notamment entre des CHU du même GHU (Groupement hospitalier universitaire), cela semble se mettre en place assez facilement, avec des transferts de certaines spécialités. Cependant, les urgences d'une part, les services de soins de suite et les soins de longue durée sont des chapitres sensibles un peu partout. Les rapports entre les services de gériatrie « aigus » et l'hôpital relais pour l'accueil de longue durée dans la région parisienne sont exemplaires dans ce sens, la distance géographique apportant une complication supplémentaire. La coopération entre les spécialités appartenant à des établissements de taille différente pose un problème de reconnaissance, dans la mesure où les « petits » ont du mal à se spécialiser et à se faire reconnaître. La coopération obligée entre un CHU et de

petits établissements de proximité, imposée par la tutelle, peut être perçue comme contraignante. L'emplacement dans le territoire des établissements que nous avons visités ne semble pas poser de problème particulier : les distances sont raisonnables, s'il n'y a pas coopération, il n'y a pas (trop) de concurrence non plus. Dans certaines régions, la concurrence n'existe pas à cause d'une relative pénurie de l'offre des soins. De manière plus générale, la concurrence n'est plus ce qu'elle était : les règles du jeu ont changé, et pour certaines pathologies (le cancer) la demande est trop forte, invitant plutôt à la coopération. C'est plutôt entre les établissements privés que la concurrence serait plus forte, mais la composition de notre échantillon ne nous permet pas de formuler un jugement.

Cette vue pacifique du paysage hospitalier doit cependant tenir compte des critiques sévères formulées à l'égard de la « démission du [secteur] privé », dénonçant le déséquilibre entre l'appropriation du « lucratif » par celui-ci et la relégation au service public de ce qui est « en deçà et au-delà » du médical, c'est-à-dire le social et les maladies « onéreuses ». Ces critiques sont accompagnées par des demandes de solutions de compromis et de rééquilibrage des rapports entre public et privé.

Les changements organisationnels en cours jugés, parmi les plus importants, sont la nouvelle gouvernance (l'organisation en pôles) et la tarification à l'activité (T2A). Ce sont eux aussi qui imposent des changements majeurs au niveau des outils de gestion et de l'informatisation des établissements. S'agissant de réformes en cours (au moins pour les établissements publics), leurs effets sont moins perceptibles, sinon dans les appréhensions qu'ils peuvent susciter.

L'organisation en pôles pose un double problème, administratif et médical : redéfinir les hiérarchies et établir des nouvelles responsabilités, ainsi que des formes nouvelles de coopération entre des disciplines. La nouvelle gouvernance est perçue d'abord comme une redistribution des pouvoirs au sein des établissements : nouveaux conseils exécutifs, avec représentation paritaire des administrateurs et des médecins, déclin des uns (directeurs de ressources humaines et des soins, chefs de service) et réduction des niveaux hiérarchiques suite au cumul des responsabilités dans les pôles administratifs et médicaux. La « décomplexification » souhaitée du système n'est pas pour autant garantie. Des structures alternatives informelles semblent s'être mises en place ici et là pour défendre les intérêts du corps médical, et la perte du « pouvoir infirmier » ne sera pas bien accueillie non plus.

Sur un certains nombre d'objectifs, il y a quasi-consensus : le principe de la prise en charge transversale et pluridisciplinaire du patient, la subsidiarité managériale, la décentralisation, la délégation de certaines fonctions et l'autonomie qui en découle. Les questions ouvertes sont d'ordre pratique : les différences de taille entre les établissements indiquent que les nouvelles règles ne peuvent pas être imposées partout avec le même succès (les « petits » ne se sentent pas concernés) ; certaines spécialités semblent exclues d'avance, comme la gériatrie, qui constitue plutôt « une filière de soins ». Mais la plus grande diversité annoncée est celle des profils des pôles (en train d'être constitués au moment de l'enquête). Trois critères seraient à l'œuvre dans une telle organisation : les pôles autour des « organes », un critère que certains acteurs de la réforme jugent « trop dominant » ; les pôles autour des « pathologiques systémiques », qui seraient préférables (suivant l'exemple des CLCC, qui existent déjà avec une organisation ayant anticipé « depuis un siècle » la nouvelle gouvernance) ; et les pôles géographiques, constitués par étage, en fonction des relations de proximité déjà existantes. Une vision optimiste annonce que 80 % des pôles seront fonctionnels, le reste étant circonstanciel. Il reste la question des dirigeants des pôles, au sujet de laquelle on évoque à la fois les difficultés de regroupement autour de personnalités trop fortes, mais aussi le rôle déterminant du dirigeant de pôle dans la réussite de l'action.

Selon certains interlocuteurs, la T2A représente « le » changement des dernières années. Une fois de plus, une série d'arguments lui sont favorables : la réforme encouragerait la recherche et l'innovation thérapeutique, elle permettrait d'harmoniser les sources de financement. Considérée comme légitime dans la mesure où elle conduit à l'amélioration des dotations des hôpitaux qui se développent, elle est sévèrement critiquée pour les modalités de mise en œuvre « à la fois sur le plan technique, sur le plan de la communication, et sur le plan de la gestion », pour l'absence d'accompagnement : il y aurait un « noir complet » sur le mode de calcul des tarifs, le manque de transparence se complétant par le manque de débat politique et technique.

Cet outil de régulation médico-économique intéresse cependant certains médecins, qui ont compris l'intérêt d'accumuler des points ISA (*International Standards for Antibiotics* = étalons internationaux d'antibiotiques), bien que la modification des comportements médicaux dans l'organisation des activités soit redoutée (les « dérives libérales »). Certaines spécialités seraient favorisées (l'hématologie), d'autres défavorisées (la pédiatrie, la chirurgie de jour). En l'absence de critères reconnus, les différences sont attribuées aux pressions des « lobbies ».

La convergence des tarifs entre le privé et le public suscite également des réactions sceptiques et critiques : la représentation des actes médicaux diffère, ce qui rend la comparaison des activités professionnelles dans les deux secteurs difficile, les acteurs étant inscrits dans des logiques différentes. D'autre part, on considère qu'il est nécessaire de retrouver une partie des gains obtenus lorsqu'il s'est agi de transformer l'hôpital en une institution économiquement performante, afin de motiver le personnel pour les réformes. En même temps, on juge que la convergence des tarifs devrait tenir compte d'un défaut systémique, celui d'une orientation « entièrement sur le curatif et très peu sur le préventif » : il faudrait mobiliser plus les équipes médicales et soignantes autour de l'éducation sanitaire, des questions de prévention, de conseils de vie, leur reconnaître le statut d'« acte », qu'elles soient mieux « retracées », prises en compte et rémunérées. Le plan « cancer » s'inscrit dans cette direction, bien que les orientations dans ce sens soient jugées toujours insuffisantes ; les établissements devraient aussi participer aux politiques de la ville et travailler avec les populations directement dans les quartiers et dans les écoles.

Parmi les effets des changements sur le travail des agents, sur leurs comportements, sur les relations entre les services, on évoque une solidarité et une complémentarité entre les services à partir du dossier du patient, une gestion de plus en plus globale du patient, inter-départements, due à l'informatisation, une intégration de plus en plus grande et des complémentarités de prise en charge, par exemple entre la prise en charge en médecine après le passage en chirurgie, une meilleure intégration des procédures.

Concernant le dernier chapitre de l'enquête, « l'Informatisation », on observe également une diversité de positions et de dispositions parmi les personnes interviewées.

Il y a d'abord des écarts considérables entre les établissements les plus informatisés, les centres de recherche contre le cancer ou les MCO, les hôpitaux Médecine Chirurgie Obstétrique, « ce qu'il y a de plus aigu », ainsi que les hôpitaux universitaires, qui ont les moyens de mettre en œuvre les outils et de changer. Ces établissements sont autonomes en ce qui concerne les ressources humaines, les connaissances, les labellisations, l'accompagnement. Les 30 CHU représentent 25 % de l'activité, tandis que les autres 500 établissements publics, représentant 70 %, sont dans un contexte différent. Au niveau national, on n'essaye pas de promouvoir les pilotes, mais d'encourager une relative homogénéité. La politique d'information est difficile à définir parce que les systèmes d'information dépendent des outils

produits par des industriels dans un système de plus en plus mondialisé, et d'autre part à cause des difficiles influences sur les établissements.

L'AP-HP est en train de refaire complètement son système d'information, se proposant d'aboutir en trois ans à un nouveau système intégré, type ERP (ou PGI-Progiciel de gestion intégré), pour l'informatique de gestion et l'informatique médicale, et qui devrait provoquer « une vraie rupture organisationnelle ». Ce type d'outil impose l'adaptation du mode d'organisation sur un délai déterminé. Le passage annoncé est celui des dossiers de spécialité à une logique globale coordonnée, pour permettre une prise en charge interdisciplinaire du malade.

« Le système d'information ERP est décrit comme un entrepôt de données, le premier fil permettant d'obtenir des informations dans les chaînes applicatives des domaines de gestion. Un second fil directeur est le domaine de la sécurité patient, réunissant les bonnes pratiques, la traçabilité, supposant l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Le dossier patient électronique sera l'élément fondateur des ERP, centrés patient : avoir un système d'information fournissant des indicateurs qualité sur les maladies nosocomiales, les pratiques professionnelles, les indicateurs de qualité, représente le deuxième champ, s'ajoutant à des indicateurs spécifiques d'établissement, sur la réalité du fonctionnement, et des indicateurs qualité spécifiques des pôles. Le quatrième cadran touche la stratégie organisationnelle, c'est-à-dire que le troisième fil conducteur de l'application des nouvelles technologies des systèmes d'information, c'est tout ce qui touche à l'organisationnel, et c'est là qu'on est le plus en retard dans les hôpitaux, et c'est un des enjeux du futur, c'est à travers les pôles qu'on est le plus proche de la réalité du circuit patient, donner des outils aux responsables des pôles, aux contrôleurs de gestion mais surtout aux responsables médicaux, pour optimiser le fonctionnement des pôles. Par exemple, comment on pilote la relation activité - ressources, il faut le planning de présence du personnel, le tableau de service des médecins, est-ce qu'ils sont en congrès ou présents, la disponibilité des blocs opératoires, le nombre de lits qui permet de voir en fonction de l'activité programmée et de l'activité d'urgence des places dont on dispose sur une période, pour admettre des malades dans le système. La personne qui a la responsabilité de ce pilotage doit avoir des éléments d'information qui lui permettent de gérer cette organisation. Un des enjeux du futur c'est ça, avoir une optimisation de la relation plateau technique – unité de soins, dont le décideur doit être, grâce à des indicateurs qui existent à l'heure actuelle mais qui sont présents de manière éparse, pas cohérente et pas traitée simultanément. » (directeur d'un GHU de l'AP-HP)

2. POINTS DE VUE SUR LES CHANGEMENTS À L'HÔPITAL

Les entretiens réalisés lors de la pré-enquête auprès de responsables d'établissements hospitaliers ont eu pour objectif principal de contribuer à la réalisation de l'adaptation du questionnaire de l'enquête COI au secteur hospitalier. Ils ont permis de confirmer la pertinence de la problématique générale de l'enquête⁷ : « pour moi, le titre de l'enquête apporte beaucoup de sens, informatisation et changement organisationnel, c'est un processus qui boucle sans arrêt ». La synthèse de ces entretiens a permis de disposer d'une vision organisée de leur contenu autour de quelques grands axes qui les structurent (cf. supra et annexe). La description de leur apport aux différentes parties du questionnaire en vue de l'élaboration

⁷ Les extraits en italique sont issus des entretiens réalisés auprès des responsables hospitaliers (cf. page 15 pour la présentation des personnes interrogées).

de l'enquête statistique fera l'objet du chapitre suivant. Mais l'apport des entretiens ne s'est pas limité à la synthèse de leur contenu ni à un simple enrichissement point par point du questionnaire ; ils ont aussi contribué à une connaissance des enjeux actuels des changements du point de vue des directions et sont également entrés en relation avec la problématique du questionnaire. Les points de vue des différents enquêtés ont ainsi permis d'aborder des changements en cours dans le secteur de la santé dans leur globalité, mais aussi en tenant compte de leur signification en fonction des contextes locaux, permettant ainsi de dresser une sorte de panorama du secteur et de ses mouvements ainsi que des enjeux, réels ou supposés, des évolutions en cours. Ces résultats peuvent être présentés autour de deux axes. Le premier concerne l'importance et la hiérarchisation des changements dans le secteur hospitalier. Le second s'intéresse à la diversité des points de vue des dirigeants enquêtés et à la variabilité des situations locales des hôpitaux face aux changements.

2.1. Les changements considérés comme importants

Les changements en cours ont de nombreux caractères communs, liés aux évolutions du secteur de la santé et des identités professionnelles, aux politiques et aux moyens de régulation mis en œuvre, ainsi qu'aux outils de gestion et aux outils informatiques utilisés. Le secteur hospitalier apparaît ainsi, comparativement au secteur marchand, et malgré sa diversité interne, comme présentant une certaine homogénéité structurée autour d'une mission de service public, même si cette mission est en partie déléguée au secteur concurrentiel. Au-delà de ces spécificités, la pré-enquête confirme que l'approche par les outils utilisés est pertinente dans la mesure où outils de gestion et outils informatiques viennent instrumenter les réformes en cours, ces outils étant souvent importés ou adaptés du monde de l'entreprise au secteur hospitalier. La transversalité de ces outils « génériques », déjà apparue entre les secteurs marchands et la Fonction publique, s'applique également au secteur hospitalier, ce qui apparaît comme un premier résultat important, venant confirmer les hypothèses de départ : « *les systèmes d'information passent par des outils produits par des industriels sur lesquels nous avons peu de maîtrise, dans un système de plus en plus mondialisé* ».

L'analyse des entretiens (*cf. supra*) montre que l'un des changements les plus importants est d'ordre symbolique, le patient (l'utilisateur) est mis au centre des discours de réforme (dossier « patient », approche globale, transversale ou pluridisciplinaire du patient, etc.), même si l'organisation par spécialité perdure. Cette référence discursive, être au plus près des malades, vient structurer les propos tenus autour des changements organisationnels en cours jugés parmi les plus importants que sont la nouvelle gouvernance (l'organisation en pôles) et la tarification à l'activité (T2A) qui sont aussi ceux qui imposent des changements majeurs au niveau des outils de gestion et d'informatisation et de leur couplage. La nouvelle gouvernance et l'organisation en pôles conduisent à réarticuler les pouvoirs et la coopération entre administrateurs et médecins, d'une part et entre spécialités médicales, d'autre part. Les nouvelles technologies de l'information apparaissent alors comme des outils au cœur des changements à travers « *trois fils d'accrochage* » : le pilotage médico-économique avec les tableaux de bord et les indicateurs produits (T2A, nouvelle gouvernance), le domaine de la sécurisation des parcours de santé (avec le dossier patient électronique, la traçabilité, l'évaluation des pratiques professionnelles...), et enfin l'organisationnel (relation activité ressources, disponibilité des lits, planning des personnels...).

2.2. Une vision processuelle et située des changements

Les entretiens menés auprès des dirigeants font apparaître ce que l'on peut qualifier de « vision processuelle » des changements. Ceux-ci apparaissent ainsi dans leur suite logique ou chronologique, les changements évoqués allant de changements anciens (la dotation globale) à des changements récents, la mise en œuvre des « 35 heures » à l'hôpital et ses conséquences, jusqu'aux changements en cours (nouvelle gouvernance, pôles, T2A...) ou à venir. Le bilan des réformes passées vient ainsi chez les dirigeants s'articuler aux réformes actuelles avec les espoirs, les difficultés ou les inquiétudes concernant celles en cours ou à venir. Chez les plus âgés, en fonction de leur expérience du secteur, les changements en cours sont relativisés ou au contraire considérés comme des ruptures. Les changements apparaissent ainsi en tant que processus marqué par la continuité de réformes venant s'imbriquer logiquement les unes derrière les autres par couches successives mais aussi par des ruptures, notamment en ce qui concerne les enjeux de pouvoir, internes et externes à l'hôpital. Le secteur apparaît ainsi comme en évolution permanente, tant dans le domaine administratif, technique que médical, sans que le « *temps pour digérer ces nouvelles évolutions* » soit toujours disponible.

Les réformes en cours s'inscrivent ainsi dans des évolutions longues du secteur de la santé et dans les transformations des rôles et des identités des acteurs qu'elles contribuent à avaliser ou à façonner. L'exemple des « 35 heures » est ainsi particulièrement frappant dans la mesure où la rationalisation des temps de travail qui l'a accompagné (contrôle à travers des systèmes de pointage par exemple) a pu remettre en cause la motivation et l'implication des personnels, rentrant dans une logique de comptabilité des temps dans un univers où en raison du rôle de la « vocation », celui-ci n'était traditionnellement pas compté. Les 35 heures sont également un bon exemple des effets imprévus, induits par des changements en l'absence de refonte des organisations du travail, avec des « effets pervers » comme le maintien de l'absentéisme, des dysfonctionnements dans la gestion du personnel et la difficulté à recruter certaines professions.

Mais la mise en place des 35 heures a pu également être l'occasion de réactiver le dialogue social, montrant ainsi l'importance du rôle joué par la mise en œuvre des réformes. Les changements apparaissent ainsi, au-delà de leur contenu, dans leur rôle de mise en relation avec le personnel selon la qualité de la négociation et du dialogue social qui les accompagnent. De même, l'organisation en pôles apparaît comme importante dans son rôle de mise en relation et mise en coopération des acteurs, ce qui n'exclut en rien les conflits. Au-delà des contenus, l'un des effets majeurs des changements est donc lié aux nouvelles configurations d'acteurs que leur mise en œuvre conduit à mettre en place.

Les changements évoqués s'accompagnent également d'une vision située des relations de l'hôpital avec son environnement, qui fait apparaître les points de friction structurels concernant l'activité professionnelle à travers une mise en récit condensée autour de quelques figures entrelaçant « l'historique » et le « rhétorique » en fonction du point de vue des dirigeants interrogés, qui, rappelons-le, sont majoritairement du secteur public. Par exemple, avec l'accroissement de sa taille, « l'hôpital de campagne » et sa « culture familiale » orale, affective et autocentrée évoluerait vers une culture professionnelle ouverte sur l'extérieur... Par ailleurs, le positionnement de l'hôpital relativement à son environnement extérieur est également évoqué. Le vieillissement de la population, le retrait ou la « démission » de la médecine libérale, la « précarité » conduiraient à transformer l'hôpital en une instance de premier recours pour des pathologies mineures conduisant à la fois à une désorganisation des

urgences et à des coûts importants et inappropriés. Au-delà des relations entre l'hôpital et la ville, la question des équilibres entre le public et le privé est également évoquée. Certains dirigeants de l'hôpital public considérant par exemple que, dans leur zone, le privé s'approprie le « lucratif », tandis qu'ils seraient contraints d'assumer ce qui est « en deçà et au-delà » du médical, c'est-à-dire le « social » et les maladies « onéreuses ». Ces critiques vont de pair avec des demandes d'intervention et de régulation de la part des autorités de tutelle pour fixer des règles du jeu plus équilibrées. Au total, les évolutions socio-démographiques, celles des relations au sein du secteur et de la technologie médicale, ainsi que celles de la réglementation font partie de la toile de fond sur laquelle s'inscrivent les changements.

2.3. Les différents changements et leur importance relative

Les entretiens ont également permis, nous l'avons déjà vu de manière détaillée (*cf. supra*), de pondérer les changements selon leur importance du point de vue des dirigeants enquêtés, mais aussi de montrer leurs interdépendances ou leur relative indépendance. Cet inventaire et cette hiérarchisation de changements, qui ont lieu à plusieurs niveaux différents, se sont révélés particulièrement utiles pour la préparation de l'enquête statistique, dans la mesure où ils permettent tant d'éviter des oublis que de moduler l'ampleur du questionnement. La pertinence de la dimension « matérielle » des changements liée à la construction de bâtiments ne va ainsi pas immédiatement de soi dans un questionnaire sur les changements organisationnels et l'informatisation.

À l'inverse, certains changements risquant d'apparaître comme importants en raison de leur forte médiatisation, la judiciarisation ou l'information des patients par exemple, ont pu être relativisés grâce aux propos des dirigeants enquêtés, des experts du secteur consultés ou des membres du groupe de pilotage. La judiciarisation paraît ainsi comme un phénomène rare relativement aux problèmes liés à la précarité, aux incivilités et aux violences verbales.

Enfin, certains changements qui ne concernent qu'une fraction du secteur enquêté peuvent se révéler particulièrement importants, voire déterminants, pour les unités concernées. Ainsi, la réussite d'une fusion fait passer au second plan les autres changements organisationnels. Le retour à l'équilibre financier constitue une contrainte majeure pour certains hôpitaux, contrainte qui vient fortement obérer leur capacité d'investissement dans des équipements informatiques plus performants, par exemple.

La mobilisation autour des changements, la coopération des acteurs, l'association des personnels aux évolutions ou la tournure du dialogue social apparaissent comme des facteurs primordiaux, souvent cités à propos de leur réussite et pour limiter les résistances aux changements. Les réformes en cours comme la structuration en pôles ou les technologies venant accentuer ces aspects conduisent à poser la question de « avec qui travailler en commun » et de « savoir comment travailler ensemble ». La formation des personnels est également évoquée notamment à propos de l'informatisation dans les petites unités, les plus grandes disposant de davantage de ressources internes.

Cette hiérarchisation des différents changements, si elle s'est révélée utile à la confection du questionnaire de l'enquête, l'est encore plus concernant sa problématique. En effet, elle devrait en orientant les traitements statistiques, notamment autour de l'interdépendance entre outils de gestion et informatisation, constituer un guide indispensable pour le dépouillement de l'enquête quantitative.

2.4. Mise en relief des points cruciaux selon les points de vue de la personne enquêtée

Les changements décrits par les enquêtés, bien qu'inscrits dans un mouvement global, peuvent être abordés différemment selon les points de vue des enquêtés liés à leurs caractéristiques, administrateur ou médecin, ou à leur expérience plus ou moins longue ou plus ou moins variée du secteur. Par ailleurs, la situation des hôpitaux qui peut être très différente entre un hôpital local et un CHU, par exemple, est également un facteur de contraste entre les déclarations des enquêtés. Celles-ci doivent donc être reliées tant à leurs caractéristiques personnelles qu'à celles structurelles de leur établissement d'exercice.

Un premier point capital dans la variation des points de vue des personnes interrogées est leur degré d'engagement dans les changements en cours, allant – pour schématiser – de l'identification, pour ceux qui en sont les auteurs ou qui s'y sont engagés, à de la prudence, de la réserve et des critiques éventuelles, pour ceux qui ont ou ont eu à faire face aux difficultés de leur mise en œuvre. Obtenir cette variété de positions n'est pas toujours facile dans des enquêtes qualitatives auprès de dirigeants dans la mesure où la réalisation d'entretiens auprès de ceux qui disposent du plus grand capital symbolique est aussi la plus difficile. Ce point est lié à la méthodologie de la pré-enquête qui grâce au soutien institutionnel (de la Drees-DHOS notamment) a permis d'accéder à des acteurs engagés dans la conception des grands projets de réforme et ayant un point de vue global ou dans leur mise en œuvre et ayant un point de vue informé. Si leur position les conduits à entrelacer points de vue institutionnel et personnel, elle a l'avantage de révéler l'esprit des objectifs à atteindre, les difficultés imprévues et les effets pervers auxquels se heurtent les changements, mais aussi les conditions pour développer de « bonnes pratiques ». Les points de vue exprimés ne sont donc pas que de simples représentations à propos des changements en cours ou à venir mais sont à relier aux expériences vécues des changements et de leur mise en œuvre conduisant à relativiser ou à valoriser certaines réformes et à les situer dans une mise en perspective de long terme.

Nous avons vu précédemment que l'analyse des entretiens faisait également apparaître les différences de point de vue entre deux professions, administrative et médicale, différences également liées à la variété des expériences en raison de la mobilité rapide des administratifs relativement à la stabilité plus grande des médecins et à la diversité des carrières de ces dirigeants. Les entretiens soulignent également, au-delà des différences de point de vue, le fait que la direction d'un hôpital est devenue un travail collectif, celui d'une équipe de dirigeants coopérant entre eux pour concilier des points de vue différents, voire contradictoires, même s'il peut aussi en résulter l'émergence de dirigeants charismatiques ou de clivages profonds, voire des luttes au sein de ces équipes. Comme dans la plupart des secteurs d'activité, les jeunes générations se différencient des anciennes en raison des évolutions des formations, notamment en termes de spécialisation et de niveau, ce qui joue sur les points de vue des dirigeants mais aussi sur leurs pratiques, leur degré de maîtrise de l'informatique par exemple. Enfin, en relation avec l'objectif de confection d'un questionnaire adapté, pouvant être rempli par différents responsables, les entretiens réalisés l'ont été auprès d'une variété de responsables hospitaliers directeurs et directeurs adjoints par exemple (DG, président CME, RH, finances, informatique). Les fonctions actuelles ou passées de l'enquêté le conduisent alors à exprimer son point de vue en liaison avec ses activités, un responsable informatique indique ainsi que, dans le cas de son hôpital, la prise de conscience

de l'importance du système d'information par la direction est liée à la T2A et date d'environ trois ans.

2.5. Une vision contextuelle des changements

La vision des changements est également liée au contexte et à l'environnement dans lequel évolue l'hôpital que dirige l'enquêté. On l'a vu, ce contexte et cet environnement peuvent refléter la taille de l'hôpital et sa position dans la filière hospitalière (hôpital local *versus* CHU), son secteur (privé ou public), son équilibre ou déséquilibre financier, l'existence d'une fusion, d'un regroupement ou de la construction d'un nouveau bâtiment, ou encore refléter ses spécialisations en fonction de son aire de recrutement des malades et des spécificités de son environnement local.

La taille de l'unité dirigée ainsi que sa position et sa spécialisation dans la filière hospitalière conduisent à poser les problématiques du changement de manière différente. Celles-ci ne se posent, en effet, pas dans les mêmes termes selon que l'hôpital ou la clinique est de petite taille ou est devenu une grande structure, ou selon que l'unité occupe une position périphérique ou non dans la hiérarchie du secteur entre hôpitaux de proximité et CHU. La structuration en pôles apparaît ainsi comme un changement concernant plus particulièrement les grands hôpitaux, tandis qu'elle ne fait pas toujours sens dans les unités les plus petites. De plus, cette structuration est peu pertinente pour la gériatrie pour qui la problématique des réseaux externes et des connections entre la ville et l'hôpital, c'est-à-dire d'organisation de la filière de soins, paraît plus adaptée.

Le changement de financement des hôpitaux qui conduit à ce que « *l'hôpital soit géré plus comme une entreprise privée que comme une entreprise publique* » conduit à poser la question de la gestion des équilibres financiers ainsi que celle des déséquilibres structurels. Les responsables du public évoquent notamment la question du coût et du financement de leurs missions de service public, et celle du coût du statut des personnels. « *Il faut comparer ce qui est comparable* », les urgences n'étant pas par exemple toujours une activité choisie. Si ces éléments sont généraux, ils se déclinent différemment en fonction des spécificités de l'environnement, de la « concurrence » ou de la complémentarité locale avec le privé ainsi qu'avec l'existence de contraintes comme les contrats de retour à l'équilibre financier (Cref).

Les questions liées à l'existence d'une fusion, d'un regroupement ou à la construction de nouveaux bâtiments ont un impact fort sur la situation de l'unité. Elles conduisent à subordonner ou à articuler les changements organisationnels à la réussite de ces opérations, notamment d'un point de vue temporel en raison de « *l'avalanche de réformes à mettre en œuvre sur un calendrier réduit* ». L'avancée dans les changements doit donc tenir compte du poids de ces opérations.

L'inscription géographique de l'hôpital, son histoire, son aire de recrutement des malades et ses spécialisations peuvent conduire à des déséquilibres structurels, poids important des urgences par exemple par rapport aux autres activités, conduisant à des difficultés pour programmer les activités et à des déséquilibres financiers. Enfin, le poids des relations sociales locales est évoqué dans quelques cas de forte implantation syndicale, ce qui conduit à limiter les marges de manœuvre des directions, par exemple, en ce qui concerne les possibilités de sous-traitance.

2.6. Enjeux internes et externes de la redéfinition des pouvoirs, la place des nouvelles associations et coopérations

Au-delà d'aspects contextuels, liés aux évolutions de la place du malade et de la culture professionnelle, aux évolutions socio-économiques, au vieillissement de la population, etc., les changements actuels peuvent être décrits dans leur articulation autour de deux volets. Le premier concerne les changements organisationnels *stricto sensu*, le second concerne l'évolution des relations et des zones de coopération et de conflit entre acteurs.

Les changements en cours articulent les problématiques de la nouvelle gouvernance médico-économique avec des aspects stratégiques (plan d'établissement, contrat objectif moyens, T2A, pôles d'activité, accréditation) et des outils de pilotage de l'activité quotidienne (indicateurs, tableaux de bord, codage des actes, informatisation...). Ils s'accompagnent de changements transversaux liés à la prise en charge du patient (dossier patient, traçabilité, « bonnes pratiques », évaluation, qualité) et à l'organisation du travail, y compris autour de ses aspects logistiques. Ces changements s'opèrent dans un contexte de reconstruction ou de rénovation importante du parc hospitalier et de problèmes de recrutement concernant certains personnels.

Un des enjeux majeurs de la réussite des changements actuels porte sur la redéfinition des pouvoirs et des rôles en relation avec l'évolution de la culture hospitalière. Il s'agit de réarticuler les pouvoirs et la coopération entre administrateurs et médecins autour d'une logique médico-économique, de redéfinir les équipes de direction et l'agencement des spécialités médicales par leur regroupement en pôles. La mise en place de nouvelles associations et coopérations entre acteurs va de pair avec l'établissement de nouvelles façons de travailler ensemble. Ces problématiques concernent tant les relations internes à l'hôpital que les relations externes, collaborations et interdépendances avec d'autres unités, mise en place de réseau et filières de soin avec l'extérieur pour des maladies de long cours. Cette restructuration des relations tant internes qu'externes, mouvement de moyen terme déjà en partie engagé, posera le problème de la participation et de l'engagement des personnels, et est porteuse de « résistances » ou de conflits éventuels, notamment en termes de moyens accordés ou de reconnaissance du travail effectué. Comme le souligne un enquêté, « *les résistances au changement, elles sont aujourd'hui essentiellement une question de temps, les gens aujourd'hui ont du mal à dégager du temps, à la fois matériellement et psychologiquement* ».

Si l'enquête auprès des établissements hospitaliers permet d'aborder le volet des changements organisationnels de manière détaillée et systématique, ce sont surtout les enquêtes auprès des salariés ou des post-enquêtes spécifiques qui permettront d'aborder le volet de l'évolution des relations. Ainsi, la pré-enquête apparaît, au-delà de sa contribution à la confection du questionnaire auprès des entreprises, comme un moyen permettant de situer la place de l'enquête quantitative, notamment du point de vue de ses apports potentiels. Elle devrait ainsi guider les traitements statistiques ou qualitatifs ultérieurs à partir d'une connaissance globale et différenciée du secteur hospitalier et des enjeux des changements qui le traversent.

3. QU'ONT APPORTÉ LES ENTRETIENS À L'ÉLABORATION DE L'ENQUÊTE STATISTIQUE ?

Nous l'avons vu, la pré-enquête avait pour principal objectif de contribuer à l'élaboration du questionnaire du volet « employeur » de l'enquête COI dans le secteur hospitalier. Pour ce travail de conception, nous disposions tout d'abord du questionnaire COI auprès des entreprises, achevé à l'automne 2005, et d'une première version du questionnaire dans la Fonction publique d'État, dont l'élaboration se poursuivait parallèlement. La question se présentait initialement de la manière suivante : qu'est-ce qui est pertinent dans l'enquête auprès des entreprises (et de la Fonction publique d'État) pour une interrogation dans les hôpitaux, qu'est-ce qui ne l'est pas, et quelles interrogations spécifiques faudrait-il ajouter ?

Nous chercherons dans ce chapitre à préciser les réponses finalement apportées à ces questions, ainsi que la contribution de la pré-enquête et des discussions qu'elle a suscitées. D'autres contributions à l'élaboration du questionnaire, telles que la lecture d'articles ou la consultation de sites Internet, ont également été mobilisées pour la rédaction des questions.

3.1. Organisation générale du questionnaire

Le questionnaire est organisé en 7 parties, de A à G, en suivant approximativement le plan adopté pour celui destiné aux entreprises. Les deux premières parties fournissent un cadrage général sur la stratégie, les contraintes, l'organisation et les réorganisations, et les partenariats de l'établissement. On considère que ces informations vont permettre d'enrichir la description des établissements hospitaliers et fournir des éléments explicatifs de l'adoption plus ou moins récente des outils organisationnels et informatiques. La partie C décrit les outils informatiques génériques, et plus généralement le système d'information de l'établissement ; la partie D informe sur l'outillage spécifique des relations avec les usagers ; les parties E et F sur l'outillage de l'activité centrale de l'établissement (médicale et logistique) et des ressources humaines. Ces quatre parties décrivent les outils adoptés au moment de l'enquête, et en 2003⁸. Enfin, la dernière partie propose un bilan des changements les plus importants depuis 2003, en commençant par la nouvelle gouvernance et la T2A.

3.2. Partie A : Stratégies et moyens...

Le questionnaire s'ouvre sur des questions de choix stratégiques et de contraintes auxquels les établissements peuvent être confrontés. La stratégie suivie par les établissements devrait contribuer à expliquer les choix d'organisation et d'outils informatiques, en complément des caractéristiques connues par ailleurs comme les spécialités médicales ou le statut. Il s'agit ainsi de distinguer, au sein des établissements hospitaliers, des catégories distinctes, qui

⁸ Pour l'enquête « entreprises », les deux dates sont : « aujourd'hui », soit fin 2005-début 2006, qui est la période de collecte, et 2003. Le choix d'une période de 3 ans correspond à un compromis entre une durée suffisamment longue pour qu'elle permette de mesurer des changements, et suffisamment courte pour que ces changements soient récents, et que les répondants en gardent la mémoire. La date de 2003 situe des événements qui ont touché presque toutes les entreprises, comme la RTT et le passage à l'euro, clairement en dehors de la période sous revue. Pour l'enquête dans les hôpitaux, on a conservé la date initiale de 2003 alors que l'enquête aura lieu plus tardivement (en 2007). Cette période semble propice pour intégrer pleinement quelques changements majeurs, comme les SROS, la nouvelle gouvernance, la T2A.

pourront être associées à des types de *management*, à l'utilisation d'outils informatiques, et à une « modernisation » plus ou moins poussée. Pour les entreprises, par exemple, privilégier la qualité relativement aux prix peut expliquer l'adoption de normes et labels plutôt que d'outils de standardisation de la production. Mais les établissements hospitaliers développent-ils des stratégies de manière autonome ? Et quelles sont-elles ? Les hôpitaux ne peuvent guère privilégier la concurrence par les prix, la personnalisation du service, ou la qualité : les prix sont décidés par les autorités sanitaires, la qualité doit être en tout état de cause maximale... Les obligations de service public dans le domaine de la santé ne laissent guère de marges de manœuvre dans ces domaines. Notons que ce sont des considérations de cette nature qui ont conduit à ne pas poser de telles questions dans le questionnaire « Fonction publique » : les administrations ont des missions et non une stratégie autonome par rapport à celle de l'État. Cependant, les entretiens avec des directeurs d'hôpitaux ont montré que, sur certains aspects, les hôpitaux pouvaient, et même devaient, réaliser des choix stratégiques. Un certain nombre d'orientations stratégiques possibles ressortent de ces entretiens. Ainsi, les établissements peuvent faire le choix de renforcer certaines spécialisations, souvent en établissant des partenariats avec d'autres établissements de la région. Ils peuvent aussi mettre l'accent sur des actions de prévention, soit au sein de l'établissement, soit en lien avec leur environnement. La réduction des délais de prise en charge ou d'attente des patients peut être jugée très importante. Enfin, la priorité peut être donnée à la réduction des coûts, pour des établissements particulièrement confrontés à des difficultés financières. Il est probable que les choix dans ces domaines auront un impact sur l'organisation et l'informatisation des établissements. Nous avons donc repris l'esprit de la première question du questionnaire « entreprise », « *Quelle est aujourd'hui l'importance stratégique, pour votre établissement, des objectifs suivants ?* », mais en l'adaptant aux orientations stratégiques des établissements hospitaliers. Notons que les deux premiers objectifs proposés ont donné lieu à des discussions animées au sein du comité de suivi. En effet si, comme on vient de le voir, la concentration sur certaines activités est une priorité encouragée par les pouvoirs publics, on peut penser que le premier *item* « *le renforcement d'activités existantes* » serait d'une forte ou très forte importance pour tous les établissements (au moins du secteur public), alors que le deuxième « *le développement de nouvelles activités* » serait nécessairement d'une importance nulle ou faible. L'intérêt de questions dont les réponses différencient aussi peu les établissements est limité. Mais, même si ces clivages sont probables, on ne peut être sûr qu'ils recouvrent l'ensemble des établissements interrogés. Or, une minorité d'établissements qui ont pour priorité stratégique de développer de nouvelles activités peut être intéressante à distinguer, du point de vue de leur organisation, des outils dont ils s'équipent, et des caractéristiques du travail de leurs salariés.

La deuxième question porte, à l'instar également du questionnaire « entreprises », sur les moyens associés aux stratégies. Contrairement à la question précédente, les *items* retenus sont, en partie, les mêmes que ceux du questionnaire « entreprises » : modernisation technologique, développement des compétences, standardisation. Les autres *items* correspondent à des moyens qui sont souvent mobilisés par les hôpitaux, mais qui pourraient l'être aussi par d'autres types d'organisations (nouveaux locaux, externalisation, partenariats). Alors que les objectifs stratégiques semblent assez spécifiques, les moyens apparaissent comme plus génériques, transversaux aux différents secteurs d'activité.

3.3. ... environnement et contraintes

Les établissements hospitaliers sont tous soumis à un certain nombre de contraintes contextuelles de type réglementaire, environnemental, technologique ou socio-démographique. Cependant, les entretiens ont montré que celles-ci les affectent plus ou moins, en fonction de leur statut, de leur taille, leur implantation, leur histoire... Associées à la stratégie des établissements, elles sont susceptibles d'expliquer les choix concernant l'organisation et le système d'information. Nous avons sélectionné les principaux éléments contextuels à partir des entretiens (questions 3 et 4) : ils sont spécifiques au secteur hospitalier et généralement assez éloignés des contraintes repérées lors de l'élaboration du questionnaire « entreprises ». En effet, certaines de ces dernières étaient certes tirées d'éléments réglementaires ou environnementaux, mais, dans ce cas, il n'était guère possible de préciser de quoi il s'agissait, dans la mesure où les entreprises de secteurs différents sont confrontées à des lois et environnements différents. Mais surtout, beaucoup des contraintes des entreprises sont liées au marché, tel le taux de change, le prix des matières premières ou l'instabilité du marché. Il apparaît ainsi que, si les moyens et outils de gestion ou informatiques adoptés par les hôpitaux peuvent être proches de ceux adoptés par les entreprises, les contraintes et stratégies sont assez différentes, en raison des objectifs de rentabilité et du poids du marché pour les uns, des objectifs de service public et du poids de la politique de santé pour les autres.

3.4. Partie B : Quels sont les services fonctionnels de l'hôpital ?

Identifier les différentes caractéristiques des unités, les décrire et les classer dans des catégories ou nomenclatures est un exercice courant dans une enquête statistique. Les entreprises sont habituellement décrites selon leur secteur d'activité et leur taille (effectif, chiffre d'affaires). Pour l'enquête COI, nous avons de plus établi des catégories de fonctions présentes dans les entreprises. En effet, les différents travaux réalisés autour de la préparation de l'enquête auprès des entreprises ont fait apparaître un approfondissement de l'organisation fonctionnelle des groupes et des entreprises. Les services fonctionnels voient leur importance renforcée, avec la promotion au rang de direction, et sont parfois externalisés sous forme de filiales spécialisées, de GIE (groupement d'intérêt économique), ou tout simplement sous-traités. Ainsi, la spécialisation fonctionnelle des entreprises pourrait s'approfondir et expliquer de plus en plus les modes d'inscription dans la « chaîne de valeur ».

Pour l'enquête dans le secteur hospitalier, les unités sont initialement identifiées par leur statut (privé, public ou associatif, CHU...), leurs spécialités médicales et leur effectif. Mais les établissements hospitaliers peuvent-ils également être décrits selon la manière dont sont gérées les principales fonctions, à l'instar des entreprises ? Se distinguent-ils entre eux sur ce plan ? Les entretiens ont en effet mis en évidence que, si les hôpitaux devaient tous assurer un certain nombre de fonctions, il existe des politiques assez différentes quant à l'externalisation, ou au contraire, la maîtrise en interne de celles-ci, et les modes de gestion et outils informatiques mis en place ne sont pas indépendants de ces choix. On retrouve certaines fonctions, principalement les fonctions support telles que les achats, les ressources humaines, le système d'information ou les finances, dans les entreprises privées comme dans les hôpitaux, ou d'ailleurs, les administrations. Mais les échanges dans le cadre du comité de suivi, nourris par les entretiens, ont permis d'identifier des fonctions plus spécifiques aux établissements hospitaliers, comme les fonctions « restauration, linge, déchets », ou « les activités médico-techniques et techniques (radiologie, réparation, sécurité des bâtiments,

etc.) », ou encore « la stérilisation ». Notons que le cœur de l'activité hospitalière, les fonctions médicales et de soin, n'entre pas dans la liste que nous avons établie, car celles-ci sont par nature assurées en interne par tous les établissements. Bien entendu, les spécialités médicales sont différentes d'un hôpital à un autre, mais nous disposons déjà de ces informations dans la base de sondage. Au total, la liste des fonctions sert à décrire, à l'instar du questionnaire « entreprises », les choix d'externalisation et donc les contours des établissements, mais permet aussi d'organiser les questions sur les outils de gestion et les outils informatiques qui équipent (ou non) les fonctions (question 7).

Cette description des fonctions de l'établissement est complétée par des questions sur les restructurations que celui-ci a pu connaître depuis 2003 (question 5), ainsi que les partenariats qu'il a pu nouer (groupement de coopération sanitaire, réseau de soin ville-hôpital... – question 6). La thématique centrale de l'enquête étant le changement d'organisation, il était en effet important de mesurer les causes directes des transformations des établissements. L'enquête auprès des entreprises interroge sur les fusions et acquisitions, l'appartenance à un groupe aux deux dates retenues pour la mesure des changements, et l'externalisation des fonctions à ces mêmes dates. Pour l'enquête « hôpitaux », des questions identiques ou proches sur les fusions-acquisitions, les transferts ou suppressions d'activités sont complétées de questions spécifiques portant sur la création de nouveaux services ou spécialités et le développement d'activité transversales, complétant ainsi l'information sur les choix stratégiques avec une information sur les évolutions récentes dans ces domaines. Les changements de structures internes seront captés, tant dans le questionnaire « entreprises » que « hôpitaux », par la refonte de l'organigramme (question 29 – partie Bilan sur les changements). En revanche, à la suite du test du questionnaire, le comité de pilotage a décidé de ne pas poser de question sur l'évolution du nombre de niveaux hiérarchiques : la question était difficile à formuler en raison de la double hiérarchie, administrative et médicale, propre aux établissements hospitaliers, et parce que ces derniers, dans le secteur public tout au moins, ont très peu de latitude concernant le nombre de niveaux au sein de ces deux hiérarchies, qui relèvent de décisions centrales sur l'organisation des hôpitaux.

3.5. Réforme hospitalière : expérimentation, contractualisation et *reporting*

Des questions sur la contractualisation avec les autorités de tutelle (Q.8) et la qualité de site pilote (Q.10) dans le cadre des réformes hospitalières ont été introduites, en s'inspirant de l'enquête dans la Fonction publique. En effet, dans les entretiens réalisés pour préparer le questionnaire « Fonction publique », il était apparu que les expérimentations, d'un côté, et le processus de contractualisation, de l'autre, jouaient un rôle majeur dans le processus de changement. Les unités expérimentales apparaissent à l'avant-garde des nouveaux modes d'organisation et des nouveaux outils : l'information sur l'inscription de l'unité interrogée dans une expérimentation ou un groupe de pilotage dans le cadre des réformes devait alors fournir un indicateur précieux de son degré d'avancement dans les changements organisationnels et informatiques, tandis que la signature d'un projet de service implique en principe un engagement dans un processus de changement. Le secteur hospitalier semble suivre un même processus d'expérimentation-contractualisation dans le cadre de la réforme hospitalière : nous avons repris ces questions, en les adaptant aux particularités de la réforme hospitalière.

Enfin, en lien avec, d'un côté, la montée des exigences de transparence et de meilleure information des décideurs et, de l'autre, les transformations des systèmes d'information, le *reporting* apparaît être une activité en forte croissance tant dans les entreprises privées que

dans les hôpitaux, poussée notamment par la réforme hospitalière. Nous avons donc repris ces questions (Q.9).

3.6. Partie C : Des outils informatiques transversaux aux organisations

Les entretiens nous ont confirmé que la modernisation des hôpitaux s'appuie sur des outils informatiques, au cœur desquels on trouve des bases de données partagées et des progiciels de gestion intégrés ou des modules de ces progiciels, le plus souvent développés par des sociétés de service informatique (souvent des grands noms) avec l'appui d'informaticiens hospitaliers. Néanmoins, les applications développées en interne, parfois localement, existent toujours et représentent d'ailleurs un recours lors de retards ou d'échecs de grands chantiers informatiques. Des outils plus « pointus » permettent de repérer les organisations les plus « avancées » (outils de travail collaboratif, d'interfaçage des bases de données et d'applications...). Le questionnaire développé pour l'enquête « entreprises » partait d'observations semblables. Nous avons choisi de conserver ces questions (Q.12 à Q.14, Q.16 et 17), choix dont la pertinence a été confirmée par les spécialistes consultés. Cependant, certains outils importants utilisés spécifiquement dans les hôpitaux ont été ajoutés à la liste (outils de gestion des rendez-vous, interfaçage entre la Gestion administrative des malades [GAM] et le PMSI [Programme de médicalisation des systèmes d'information], outils d'échange d'images... questions 16.6, 16.7, 17.5, 17.6, 17.7), ainsi que des éléments sur la sécurité informatique (Q.18), sujet *a priori* particulièrement sensible s'agissant d'informatique médicale, bien que, comme on l'a vu, les personnes interrogées tendent plutôt à penser que ce n'est pas un réel problème aujourd'hui. Enfin, les modalités, centralisées ou décentralisées, du codage de l'activité médicale sont aujourd'hui un enjeu important de l'organisation des systèmes d'information (question 15).

3.7. Partie D : Les relations avec les usagers

Les entreprises portent une attention croissante à la relation avec les clients : cette dimension a été introduite dans le questionnaire « entreprises », d'un côté, comme un élément de la stratégie produit-service, au travers par exemple des objectifs de personnalisation ou d'offre de prestations annexes et, de l'autre, comme une fonction (la relation clients) dont on étudie l'outillage pour juger de son importance au sein de l'entreprise. En revanche, les directeurs d'hôpitaux interrogés semblent approcher la nécessité de mieux prendre en compte les relations avec les patients et leur famille certes comme un objectif (réduction des délais de prise en charge, par exemple) mais surtout comme une contrainte, liée à l'évolution de la société française obligeant, au bon sens du terme, les hôpitaux à évoluer. Un bloc de questions (Q.19) envisage différentes évolutions externes liées aux relations avec les usagers de l'hôpital pouvant avoir un impact sur son organisation, comme l'isolement ou l'appauvrissement de certains patients, les incivilités ou encore l'intervention d'associations de malades⁹. Le thème de la « juridiciarisation » a également été retenu dans ce bloc de questions, bien qu'il soit, comme on l'a vu, apparu finalement peu important aux yeux de nos interlocuteurs. En revanche, un nouveau thème apparu comme une préoccupation de certains directeurs d'hôpitaux a été introduit : la vigilance aux cas de maltraitance de patients par des salariés.

⁹ Il est à noter que le questionnaire « Fonction publique » a introduit, de la même manière, des questions contextuelles sur les relations avec les usagers susceptibles de « faire bouger » l'administration.

Les questions sur les outils de gestion de la relation avec les usagers se partagent entre des dispositifs d'accompagnement (permanence d'accès aux soins, interprétariat, information, prévention, suivi des malades après leur sortie – Q.20) et des dispositifs de contrôle de la qualité de l'accueil, des labels, audits ou enquêtes (Q.21) : on peut supposer que le nombre d'outils utilisés est, à taille donnée, un bon indicateur de l'attention portée à la relation avec les usagers.

3.8. Partie E : Automatisation des flux logistiques

Dans les entreprises, la modernisation a d'abord touché les fonctions « cœur de métier ». Dans l'industrie, c'est sur la fonction « production » que les efforts d'automatisation, le juste à temps, la qualité totale, les équipes autonomes, etc. ont été pendant longtemps les plus intenses, même si aujourd'hui, les efforts semblent porter davantage sur d'autres fonctions, comme les achats, la relation client ou le système d'information lui-même. Au sein des hôpitaux, les nouveaux modes de gestion et l'informatisation pénètrent aussi diversement les fonctions. Si on exclut l'informatique proprement médicale qui s'apparente à une technologie spécialisée, la logistique semble permettre l'automatisation la plus poussée. Dans le cas d'une activité souvent soumise au régime de l'urgence, l'automatisation peut en effet être un progrès très substantiel. Dans le cadre du comité de suivi, des spécialistes de la DHOS ont ainsi dégagé une liste d'outils de gestion des différents flux internes aux hôpitaux ou en interface avec des prestataires (stocks et approvisionnements, commande des repas, passage aux urgences, occupation des lits, traçabilité des déchets – Q.23). Par ailleurs, les pratiques de certification et les normes de qualité pénètrent fortement le monde hospitalier, à l'instar de celui des entreprises. Les entretiens ont montré que ces outils, en imposant des normes et un regard externe, peuvent transformer les pratiques et mobiliser le personnel, et en tous cas, comme dans les entreprises, sont de puissants outils d'homogénéisation des normes et méthodes de travail. Si la certification HAS (Q.22) est une procédure spécifique aux hôpitaux, et obligatoire, d'autres outils peuvent être communs aux différents secteurs, comme les normes ISO, les audits et méthodes formalisées d'analyse (Q.24).

3.9. Partie F : Gestion des ressources humaines

En revanche, les entretiens conduisent à penser que la fonction « ressources humaines » peine à se moderniser : il y a là un constat commun avec ce que l'on a pu observer dans les entreprises (où des efforts parfois importants ont été fournis, qui se sont soldés par des échecs), ou avec la Fonction publique d'État et ses particularités liées, bien sûr, au statut de la Fonction publique dans le cas des hôpitaux publics. Mais qu'il soit public ou privé, le secteur hospitalier se distingue par son marché du travail marqué par une pénurie de personnel. Une question importante de l'enquête auprès des entreprises, reprise aussi par le questionnaire « Fonction publique », informe ainsi sur l'organisation du travail, en termes d'autonomie et de prescription, pour des procédures existant *a priori* dans toutes les organisations ou presque (Q.25). Il est demandé qui, entre la hiérarchie, les agents, un spécialiste ou les clients, définit les modes opératoires, détermine les horaires, répartit le travail, etc. Notons que l'organisation du travail et sa prescription peuvent sembler plus rigides dans les hôpitaux, car elles sont liées à des protocoles de soin et des obligations de continuité du service, qui s'accommodent mal de leur variété : on peut se demander si on va pouvoir observer une dispersion significative et interprétable des réponses à cette question. Cependant, nombre d'études de cas qui se sont penchées sur l'organisation du travail dans les

hôpitaux ont montré que la réalité est beaucoup plus diverse¹⁰. Et, en tout état de cause, la comparaison des modes de prescription avec les entreprises d'autres secteurs et la Fonction publique d'État devrait être intéressante. Nous avons donc conservé cette question, en l'adaptant légèrement : les usagers (clients dans le questionnaire « entreprises ») sont enlevés de la liste des prescripteurs possibles de l'organisation du travail, et les médecins ajoutés.

On l'a vu, la question de la gestion des ressources humaines est déclinée par les personnes rencontrées en partie sur le mode de la pénurie de personnel, des différences de rémunération entre le public et le privé, et beaucoup de plaintes relatives à la démotivation des personnels liée à la banalisation de métiers qui tenaient dans le passé de l'engagement quasi sacerdotal. Certaines de ces questions pourront davantage être étudiées avec le questionnaire « salariés ». Nous avons retenu des outils GRH communs avec le questionnaire « Fonction publique » (Gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences-GPEEC, référentiels de compétences), plus quelques outils plus spécifiques aux hôpitaux (gestion du temps, prise en charge psychologique, remplacements – Q.26) et surtout insisté sur les difficultés de recrutement pour différents types de personnel (Q.27).

3.10. Partie G : L'accompagnement et les difficultés du changement dans le secteur hospitalier

Beaucoup des questions sur le processus de changement sont reprises du questionnaire « entreprises ». Cependant, la différence principale tient au choix de désigner *a priori* deux types de changements, la nouvelle gouvernance et la tarification à l'activité (T2A) qui correspondent aux deux grandes réformes actuelles (la nouvelle gouvernance ne concernant cependant que les établissements publics), alors qu'une question ouverte, dans le questionnaire « entreprises », permettait d'identifier le changement principal, sur lequel on a fait porter les questions d'accompagnement et de difficultés. Ces deux réformes sont en effet, comme nos interlocuteurs l'ont abondamment confirmé, les changements en cours les plus importants : spécifier *a priori* ces changements doit permettre de gagner du temps dans le remplissage du questionnaire, et de s'assurer d'une plus grande homogénéité des réponses aux questions sur l'accompagnement de ces changements. Ces questions portent donc tout d'abord sur la nouvelle gouvernance (Q.30 à Q.33), puis sur la T2A (Q.34 à Q.37). Rédigées de la même manière que dans l'enquête « entreprises », elles devraient permettre d'observer les similitudes et différences entre établissements hospitaliers et entreprises dans le processus de changement, comme le projet informatique associé au changement organisationnel et la consultation des représentants du personnel (questions 31 et 34), l'existence de groupes de travail internes, ou le recours à des consultants (questions 28, 32 et 35). De même, certaines difficultés peuvent être communes aux différents secteurs : objectifs insuffisamment définis, moyens insuffisants, problèmes techniques, conflits internes ou externes (questions 33 et 36). Néanmoins, quelques questions interrogent spécifiquement la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, en précisant ses modalités d'application dans l'établissement, et d'autres portent sur des contradictions potentielles plus spécifiques aux hôpitaux mais aussi à la Fonction publique d'État, comme les contradictions entre missions ou les difficultés de gestion du personnel (Q.36.1, Q.33.4 et Q.36.5).

¹⁰ Notons que cette diversité pourra également être appréhendée par l'enquête auprès des salariés, apportant des réponses peut-être moins formelles et générales que celles provenant des directions.

BIBLIOGRAPHIE

- ACKER F., 2002, « Temps de travail féminin, temps de travail soignant. Quelles configurations, quels réajustements », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n°3, septembre, pp. 109-118.
- AMAR L., MINVIELLE E., 2000, « L'action publique en faveur de l'utilisateur : de la dynamique institutionnelle aux pratiques quotidiennes de travail. Le cas de l'obligation d'informer le malade », *Sociologie du travail*, vol. 42, n°1, janvier-mars, pp. 69-89.
- BENAMOUZIG D., 2005, *La santé au miroir de l'économie*, Paris, PUF.
- BERAUD C., 2002, « Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n°4, décembre, pp. 37-74.
- BERRY M., 1983, *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, Paris, Centre de recherche en gestion, juin, 94 p.
- BOUFFARTIGUE P., BOUTELLER J., 2002, « L'érosion de la norme du temps de travail », *Travail et emploi*, n° 92.
- BOURGUEIL Y., ROBELET M., SERRE M., 2005, « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 1, pp. 233-260.
- HAURY B., LOMBARDO P., 2007, Drees, « PLATINES » un site d'information sur les établissements de santé en France, *Etudes et résultats*, n°550. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er550/er550.pdf>
- CABY L., DE CONINCK F., DUBOIS P., GOLLAC M., GREENAN N., MAIRESSE J., MOISDON J.-C., RALLET A. ET VICKERY G., 1999, « Mesurer les liens entre informatisation, organisation et performances » in Foray D. et Mairesse J. (dir.), *Innovation et performance*, Paris, Editions de l'EHESS.
- CASES C., CUNEO PH., HARTMANN L., MOSCHETTI K., ROCHAIX L., 2002, « La tarification à la pathologie : leçons de l'expérience étrangère », *Solidarité et Santé*.
- CHAMBARETAUD S., LEQUET-SLAMA D., 2003, « Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins », Drees, *Etudes et résultats*, n°214.
- CREMIEUX F., DEUGNIER M., 2007, « Principes de régulation des dépenses hospitalières », *Esprit*, n° 331, janvier, p. 34.
- DUBAR C., 2000, *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*, Paris, PUF.
- DUBAR C., TRIPIER P., 1998, *Sociologie des professions*, Armand Colin, Paris.
- ELBAUM M., 2007, « Protection sociale et solidarité en France. Évolutions et questions d'avenir », *Revue de l'OFCE*, pp. 559-622
- ELBAUM M., CHAMBARETAUD S., 2007, Rapport du groupe de travail « enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », Haute Autorité de Santé.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_eco.pdf
- ENGEL F., KLETZ F., MOISDON J.C., TONNEAU D., 2000, *La démarche gestionnaire à l'hôpital : le PMSI*, Paris, Seli Arslan.
- FREIDSON E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.
- GHEORGHU M. D., MOATTY F., 2006, « La coopération contrainte en milieu hospitalier », in J.-P. Durand et M.-C. Le Floch (éds.), *La question du consentement au travail*, Paris, L'Harmattan, , p. 253-262.
- GHEORGHU M. D., MOATTY F., 2007, « Coopération et délégation du travail en milieu hospitalier », in M. Elbaum (dir.), rapport du groupe de travail « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », Haute Autorité de Santé, p. 97-109.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_eco.pdf
- GHEORGHU M., MOATTY F., 2005, « Les conditions du travail en équipe », Drees-CEE (Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement & ministère de la Santé et des Solidarités), Document de travail, série études, n° 49, juin, 291 p. <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud49.pdf>.

- GREENAN N., HAMON-CHOLET S., 2000, "C.O.I. : a Matched Employer / Employee Survey on Organizational Change and Computerization", Proceedings of the International Conference on Establishment Surveys II, Buffalo, New-York, June 17-21.
- GREENAN N., HAMON-CHOLET S., 2003, « Le dispositif d'enquêtes "Changements Organisationnels et Informatisation" », *La lettre du SSE*, N°53, 2e trimestre.
- GREENAN N., MAIRESSE J., 2006, « Réorganisations, changements du travail et renouvellement des compétences », *Revue Economique*, vol. 57, n°4, novembre, p. 1177-1203.
- GREENAN N., MOATTY F. (coord.), 2005, Présentation du dossier « Changements Organisationnels et relations au travail », vol. 23, n°134, décembre, p. 9-17.
- GREENAN N., GUILLEMOT D., MOATTY F., 2005, « Comment les relations au travail sont-elles mesurées dans l'enquête Changements Organisationnels et Informatisation », *Réseaux*, vol. 23, n°134, décembre, p. 21-63.
- GROSJEAN M., LACOSTE M., 1999, *Communications et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, PUF.
- HALLUIN (D') J.-P., MAURY F., PETIT J.-C., DE SINGLY CH., 2007, « Pouvoirs et organisations à l'hôpital », *Esprit*, n°331, janvier, p. 14-31.
- HERZLICH C., 2000, « La maladie et la santé comme objets sociologiques », in J.-M. Berthelot (dir.), *La sociologie française contemporaine*, PUF, p. 221-228.
- HOLCMAN R., 2006, l'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail, ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital Thèse, Conservatoire national des arts et métiers, Paris.
- HOLCMAN R., 2002, « Quelle spécificité de l'organisation du travail dans les services de soins ? Tâches standardisées et tâches spécifiques par type d'agent », *Gestions hospitalières*, n° 421, décembre, p. 785-794.
- KERVASDOUE DE J., 2004, *L'hôpital*, Presses Universitaires de France, Paris.
- KERVASDOUE DE J. (dir.), 2003, *La crise des professions de santé*, Dunod/La Mutualité française, Paris.
- LE LAN R., BAUBEAU D., 2004, « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », Drees, *Etudes et résultats*, n°335, 12 p.
- MOISDON J.-C. (dir.), 1997, *Du mode d'existence des outils de gestion*, Paris, Seli Arslan.
- PICOT G., 2005, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. Le cas de deux services hospitaliers », *Revue Française des Affaires Sociales*, 1, 2005, pp. 83-100.
- STRAUSS A., 1992, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan.
- TONNEAU D., 2003, « La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation », Drees, Document de travail, série études, n°35, octobre, 2003, 117 p.
- VEGA A., 2007, « Perceptions du travail et identité professionnelle : médecins salariés-médecins libéraux, même combat ? » ministère de la Santé et des Solidarités, Dossiers solidarité et santé, n°1-2007.

Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Actualisé le 3 mai 2006

L'enquête COI a pour objectif d'étudier les changements dans l'organisation des entreprises et dans l'administration, l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (Tic) et la manière dont ils s'articulent. Elle est accompagnée par un volet spécifique d'enquête par entretien dans les hôpitaux (30 entretiens prévus), commandité par la Drees. Dans le secteur de la santé (Code Naf : 851A), l'enquête est réalisée auprès d'entités juridiques du secteur hospitalier, localisées en France métropolitaine, employant au moins 20 salariés non médicaux qui sont : dans le public, des CHR/CHU (centres hospitaliers régionaux ou/et universitaires) ou des CH (centres hospitaliers) ; dans le privé, des CLCC (centres de lutte contre le cancer) ou des établissements de court séjour spécialisés en MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique).

LES PRINCIPALES QUESTIONS

A. VOTRE ITINÉRAIRE

- 1) Depuis quand travaillez-vous dans le secteur hospitalier ? Pouvez-vous me parler des derniers postes que vous avez occupés dans ce secteur ?
- 2) Quel poste occupez-vous actuellement, quel est votre statut actuel (fonctionnaire, contractuel en CDD, contractuel en CDI) et quelles sont vos fonctions ? Depuis quand occupez-vous votre poste actuel ?
- 3) Pouvez vous m'indiquer quels sont les changements d'organisation les plus importants que vous avez connus dans ces trois derniers postes ? Qu'est-ce que vous considérez comme important dans ces changements ? Quels changements ont été de moindre importance ?

N. B. Nous nous intéressons aussi bien aux changements concernant l'organisation du système de santé, qu'aux changements intervenus dans les établissements où vous avez travaillé.

B. L'ETABLISSEMENT ACTUEL, VOTRE SERVICE ET VOS FONCTIONS

- 1) Obtenir des informations sur la place qui revient à l'établissement dans le schéma régional de l'organisation des soins. Comment appréciez-vous l'attractivité locale et nationale de votre établissement, pour ce qui concerne ses offres de soins, les rapports de concurrence avec d'autres établissements, l'état de ses ressources, son équipement technologique... ? Est-ce que le nouveau schéma a modifié la place qui revenait à votre établissement ?
- 2) Votre établissement a fait l'objet de fusions ou de regroupements avec d'autres établissements, a-t-il connu des mouvements de personnel importants ?
- 3) Votre établissement a procédé à l'externalisation de certains services (comme l'hôtellerie, la cantine...) ? Avec quels effets ?
- 4) Quels effets la disparition de la carte hospitalière a-t-elle entraînés pour votre établissement ?
- 5) Quelles sont les missions assurées par votre service ? → Demander une description de l'organisation générale et des missions de la personne interviewée dans ce cadre.
- 6) Quel est le nombre de personnes travaillant dans votre service ou dont l'activité relève aujourd'hui de vos décisions ?

C. CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS RECENTS / EN COURS

Nous nous intéressons aussi bien aux changements concernant le système de santé, qu'aux changements dans votre établissement ou dans votre service.

C. 1. CHANGEMENTS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL ET SOCIAL

- 1) Quels changements ont été décidés au niveau régional ou national, quel rôle a joué l'ARH dans l'orientation de l'activité de votre établissement ?
- 2) Quels ont été les principaux objectifs poursuivis ?
- 3) Quels changements avez-vous pu observer dans le public de votre établissement – en termes de composition sociale (*par exemple immigration, précarité*) ou en termes de pathologies nouvelles (*par exemple effets du vieillissement*) ?

C. 2. CHANGEMENTS « INTERNES »

- 1) Les RTT (35 heures) sont déjà anciennes, mais la question de leurs effets est toujours sensible ; quels problèmes de gestion des personnels vous ont-ils posés ?
- 2) La « nouvelle gouvernance » et le projet des « pôles » médicaux (faire intégrer direction et personnel médical) concernent aussi votre établissement, comment ces changements se mettent-ils en place ?
- 3) La T2A (tarification à l'activité), la mise en place et ses effets ?
- 4) L'introduction des contrats – objectifs – moyens et leurs effets.
- 5) Quelle a été l'évolution de vos partenaires ces dernières années ? Pensez-vous qu'il y a actuellement plutôt concurrence ou plutôt complémentarité entre les secteurs public et privé du champ médical ?
- 6) La « convergence des tarifs » entre les secteurs public et privé réussira-t-elle à réguler la concurrence entre ces secteurs ?
- 7) Que pensez-vous du titre d'un article récent paru dans *Le Monde* (22.02.06), « La rentabilité imposée à l'hôpital » ?
- 8) Comment sera-t-il possible de tenir compte des différentes missions spécifiques des établissements, « *en fonction des services proposés, des publics accueillis et des charges inhérentes à certains établissements, qu'il s'agisse des secteurs de pointe ou du traitement des pathologies onéreuses, de la recherche et de la formation.* » ? (article cité)
- 9) Comment peut-on rendre compatible la gestion comptable de l'hôpital avec la qualité du service public ?
- 10) Comment atteindre une haute qualité des soins dans le service public, quelle est la satisfaction des usagers ?
- 11) Votre établissement a-t-il fait appel à l'intérim ? Quel est l'usage fait des postes vacants ?
- 12) Les PMSI, la gestion des dossiers médicaux et l'importance accordée à la « traçabilité » constituent des modifications importantes des pratiques professionnelles, comment estimez-vous leurs effets ? (voir aussi le chapitre suivant sur l'informatique)
- 13) Quels ont été les principaux enseignements retenus de la procédure de certification (d'accréditation) ? Comment s'est-elle intégrée dans les objectifs spécifiques de votre établissement ? Quels apports, quels effets ?
- 14) Votre établissement a-t-il prévu une organisation particulière en cas de crise (« catastrophes ») ?
- 15) Comment votre établissement s'est-il organisé pour répondre aux exigences du public ? Quelle est la perception de la présence de leurs représentants dans l'établissement ? Y a-t-il plus d'ouverture à leur égard, ou plus de repli, de retenu de la part des personnels ? Question de civilité et de violence de la part du public – expériences dans ce sens.

C. 3. AUTRES CHANGEMENTS

- 1) Conventions collectives et gestion des carrières (les primes-horaires, les responsabilités...) : quels changements ont eu lieu ?
- 2) Etes-vous au courant de l'adaptation prévue de l'ENSP à un « modèle européen » pour la formation des dirigeants ? Correspond-elle, à votre avis, aux besoins de votre établissement ? Quels sont les bénéfices et quelles sont les pertes pour la culture de gestion spécifique que vous connaissez d'une telle possible adaptation ?
- 3) Quels autres changements devraient, selon vous, être mentionnés ?

C. 4. MISE EN ŒUVRE DES CHANGEMENTS

- 1) Quels ont été les principaux outils pour la mise en œuvre de ces changements ? Outils managériaux ? Outils informatiques ?
- 2) Dans quelle mesure ces outils ont-ils été imposés de l'extérieur, dans quelle mesure s'agit-il d'adaptations ou d'inventions de votre établissement ? Quel est le degré d'autonomie dont vous disposez dans ce domaine ?
- 3) Quels ont été les effets du changement sur les services (travail des agents, relation entre services...) ?
- 4) Quelles ont été les modalités de l'information sur la décision (réunion d'information, note interne, arrêté, circulaire, loi...) ?
- 5) Une fois les changements décidés, qui était responsable de leur mise en œuvre ?
- 6) Ces changements ont-ils rencontré des obstacles importants ? Des résistances ?
- 7) En cas d'obstacle, qui a été chargé de résoudre le problème ? Quelles ont été les solutions appliquées ? Quel impact sur la décision initiale ?

D. INFORMATISATION

- 1) Certains changements sont-ils liés à un projet informatique ? L'administration a-t-elle eu recours à des prestations de conseil externes pour réaliser un audit de l'organisation, ou pour développer le projet informatique ?
- 2) Des outils informatiques ont-ils été mis en place en dehors des démarches de changement ?
- 3) Peut-on parler d'une mutualisation des bonnes pratiques d'un établissement à un autre ou à l'intérieur du même établissement ? A-t-on fait appel à des consultants ?
- 4) Les PMSI et la gestion des dossiers médicaux : dans quelle mesure ces outils sont-ils utilisés ?
- 5) Quel est l'apport de l'informatique à la mise en place des changements organisationnels ?

Annexe 2 :
NOTE EXPLICATIVE et QUESTIONNAIRE

Changements Organisationnels & Informatisation

le dispositif d'enquêtes sur les changements
organisationnels et l'informatisation

NOTICE EXPLICATIVE

(termes repérés par un (*) dans le questionnaire)

Ce questionnaire concerne votre « établissement », soit l'établissement géographique pour les établissements de santé privés, soit l'entité juridique pour les établissements de santé publics. Cependant, dans le cas de l'AP-HP et des HCL, ce sont les hôpitaux qui sont concernés.

La mention « en 2003 » signifie : « à la date du 1^{er} janvier 2003 »

PARTIE B : RÉORGANISATIONS, PARTENARIATS, CONTRATS

Question 6	
Groupe de coopération sanitaire	Un groupement de coopération sanitaire a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres. Il peut permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement. Il peut réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur, et détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins.
GIP (<i>Groupement d'Intérêt Public</i>)	Le groupement d'intérêt public (GIP) peut être constitué soit entre des personnes morales de droit public, soit entre une ou plusieurs d'entre elles et une ou plusieurs personnes morales de droit privé pour exercer ensemble pendant une durée déterminée des activités d'intérêt commun. Le GIP est doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.
GIE (<i>Groupement d'Intérêt Economique</i>)	Le but du groupement est de faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité.
Question 11	
MEAH (<i>Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers</i>)	La MEAH a été créée en mai 2003 dans le cadre du Plan Hôpital 2007. Rattachée au Ministère de la santé (DHOS), elle aide les établissements de santé publics et privés à améliorer leur organisation.

PARTIE C : L'INFORMATIQUE ET LES SYSTÈMES D'INFORMATION DE VOTRE ÉTABLISSEMENT

Question 12	
Site Web partagé	Site Web où plusieurs établissements sont représentés (par exemple dans le cas d'un groupe qui présente tous ses établissements sur un même site Web).
Réseau local (<i>Local Area Network, LAN</i>)	Réseau informatique reliant entre eux un ensemble d'ordinateurs appartenant à un même établissement dans une zone réduite (salle, bâtiment ou site), et permettant notamment le partage d'informations.
Intranet	Réseau informatique utilisé à l'intérieur d'un établissement ou de toute autre entité organisationnelle, utilisant des navigateurs Web, et mettant à disposition des utilisateurs d'un ou de plusieurs sites les mêmes informations. Il n'est pas accessible en dehors de cette entité.
Extranet	Site à accès sécurisé permettant à un établissement de n'autoriser sa consultation qu'à certaines catégories d'intervenants externes, en général ses partenaires. Un Extranet est en général une extension d'un Intranet.
Échange de Données Informatisées (EDI)	Technique remplaçant les échanges de documents entre entreprises ou établissements (commandes, factures, bons de livraison, etc.) par des échanges entre ordinateurs, connectés par liaisons spécialisées ou un réseau (privatif) à valeur ajoutée (RVA). Les données sont structurées selon des normes techniques de référence (ex : Edifact, Etebac).

PARTIE C : L'INFORMATIQUE ET LES SYSTÈMES D'INFORMATION DE VOTRE ÉTABLISSEMENT (suite)

Question 12 (suite)	
Autres liaisons informatiques spécifiques	Ces liaisons peuvent être internes (liaisons inter-sites) ou externes. Elles peuvent s'appuyer sur différentes technologies (réseau privé virtuel- VPN, Transpac, etc.).
Réseau local sans fil	Réseau informatique reliant entre eux un ensemble d'ordinateurs appartenant à un même établissement dans une zone réduite (salle, bâtiment ou site) et permettant notamment le partage d'informations et dans lequel au moins deux ordinateurs peuvent communiquer sans liaison filaire.
Question 13	
Connexion RNIS (Réseau Numérique à Intégration de Services) / ISDN	Ligne téléphonique spéciale transportant des données sous forme numérique avec un débit le plus souvent plus élevé que celui d'une ligne téléphonique traditionnelle. Elle permet de combiner les appels vocaux et les transferts de données (dont les images, avec par exemple le service « Numeris » de France Telecom).
Connexion à haut débit DSL	Technologie accroissant la largeur de bande disponible pour transporter des informations à une vitesse rapide sur des lignes téléphoniques classiques. En font partie les technologies de l'ADSL, SDSL, IDSL, HDSL, RADSL, VDSL, dont les caractéristiques de vitesse et de distance varient. La capacité de transmission offerte permet l'accès rapide à Internet, à la vidéoconférence, au télétravail, etc.
Autres connexions fixes, connexion à un réseau régional haut débit	Technologies permettant une grande capacité de transmission (au minimum 2 Mbits/s) via une liaison spécialisée, la fibre optique, le câble et une boucle locale.
DECT (Digital European Cordless Telephone)	Norme européenne de téléphone sans fil.
Question 16	
GED (Gestion électronique de documents)	Application informatique permettant la saisie, l'indexation et le stockage des documents et fichiers bureautiques ou Internet.
Gestion des connaissances	Dispositif incluant des logiciels, destiné à améliorer l'archivage, la formalisation et la valorisation des savoirs techniques, compétences ou expériences (meilleures pratiques), en en simplifiant l'accès.
Outils d'analyse statistique, outils décisionnels	Logiciels utilisés pour explorer de grandes quantités de données et y trouver des corrélations pour faire des analyses, prévoir des évolutions et aider à la décision. Ces applications (par exemple outils décisionnels, outils de <i>datamining</i>) exploitent les données dans des bases de données centralisées (<i>datamarts, datawarehouses</i>).
Groupware (Logiciel collaboratif)	Logiciel qui permet à des utilisateurs séparés géographiquement mais reliés par un réseau informatique de travailler ensemble. Cela peut passer par le partage des messageries, des agendas, des bases de documents, etc. Par exemple, Outlook et Lotus Notes ont des fonctionnalités de groupware. On inclut ici sous le terme <i>groupware</i> les applications de "Web collaboratif".
Vidéoconférence (visioconférence, téléconférence)	Conférence où chacun des correspondants situés en des lieux éloignés dispose d'une installation spécifique permettant la transmission de la parole et de l'image. Ces conférences peuvent être faites à deux (visioconférence) ou à trois et plus (téléconférence).
Intégration d'applications d'entreprise (Enterprise Application Integration, EAI)	L'EAI désigne à la fois les solutions et les méthodes destinées à assurer l'intégration des différentes composantes du système d'information, en simplifiant les interfaces entre les applications. L'objectif est de permettre l'évolution indépendante des applications sans compromettre leur inter connectivité.
Architecture Orientée Service (Service Oriented Architecture, SOA)	Dans le cadre de l'architecture orientée services, on considère l'informatique comme un ensemble de services, composants autonomes qui ne dépendent d'aucun contexte. L'architecture orientée service consiste à identifier ces services, à éliminer les doublons et à faire interagir et communiquer entre eux ces services de manière standardisée. Elle s'appuie sur des protocoles standard tels les services Web.
Services Web	Mécanisme de communication standard permettant de faire dialoguer deux applications basées sur des technologies hétérogènes, en permettant l'interopérabilité par des normes ouvertes tel le XML.
Workflow (Gestion électronique des processus)	Technologie logicielle ayant pour objectif l'amélioration de l'efficacité des processus internes d'une entreprise ou établissement. Ceci implique la modélisation des procédures de travail avec la prise en compte des acteurs, des tâches et des documents. Exemple : la circulation automatique de méls pour valider une demande de congé. Le workflow peut faire partie d'un BPMS (voir après).

PARTIE C : L'INFORMATIQUE ET LES SYSTÈMES D'INFORMATION DE VOTRE ÉTABLISSEMENT (suite)

Question 16 (suite)	
BPMS (<i>Business Process Management System</i>)	Ensemble logiciel destiné à formaliser les processus d'une entreprise ou établissement dans le but de les automatiser.
PACS (<i>Picture Archiving and Communication Systems</i>)	Le système PACS permet le traitement des images (compression, sécurisation) et leur visualisation en interne ou en externe (par ex : médecins prescripteurs extérieurs) et leur archivage.
Question 17	
Progiciel de Gestion Intégrée (PGI) ou <i>Enterprise Ressources Planning (ERP)</i>	Progiciel qui permet de gérer les processus d'une entreprise ou établissement et de partager les informations entre les métiers par le biais d'une base de données unique. Les PGI sont divisés en modules qui correspondent à des fonctions de l'entreprise ou de l'administration. (Exemples de PGI : SAP, Peoplesoft, Oracle). Il peut s'agir de PGI ou de modules de PGI.
Progiciel	Logiciel de marché complet et intégré, qui permet de répondre à une problématique globale par un ensemble de programmes qui sont regroupés pour former un tout. On trouve par exemple des progiciels de gestion des ressources humaines.
Application maison	Application que l'établissement a fait développer spécifiquement pour ses propres besoins, éventuellement avec l'aide de prestataires extérieurs. Un progiciel du marché paramétré spécifiquement ne constitue pas une application maison.
Question 17 b	
Logiciels libres	Quiconque possède une copie d'un logiciel libre a le droit de l'utiliser, de l'étudier, de le modifier et de le redistribuer. Quelques exemples : GCC (compilateur), Firefox (navigateur web), Thunderbird (mailleur), OpenOffice (traitement de texte, tableur, présentations, etc.), Samba (partage de fichiers), Apache (serveur web), PostgreSQL (base de données), etc.

PARTIE D : RELATIONS DE VOTRE ÉTABLISSEMENT AVEC LES PATIENTS ET LEUR FAMILLE

Question 21	
Labellisation de la qualité de l'accueil	Labels : « fraternité », qualité de la prise en charge des patients, etc.

PARTIE E : ACTIVITÉ MÉDICALE ET LOGISTIQUE

Question 23	
GMAO (<i>Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur</i>)	L'outil de GMAO se caractérise par quatre fonctionnalités standards : la gestion de la maintenance c'est-à-dire des interventions préventives et curatives sur les machines, la gestion du personnel de maintenance: planning, affectations aux personnes, gestion des formations (peu usité), la gestion des stocks de pièces détachées: contrôle des stocks en magasin, alertes sur seuil, réception de pièces, la gestion des achats: édition des commandes, gestion des fournisseurs et de leur prix, facturation.
Question 24	
ISO	Ensemble de procédures à suivre, communes aux secteurs public et privé, pour atteindre un objectif de qualité. Elles peuvent concerner la prise en charge du patient, mais aussi le management et la gestion au service du patient (accueil, stérilisation, formation, etc.), la qualité et la prévention et enfin la recherche.
Analyse de la valeur, analyse fonctionnelle	Ces méthodes ont pour objectif d'analyser les conséquences des choix de conception sur les procédés ou la production du service, en terme de valeur de la prestation, de sécurité, de maintenance, etc.
Equipes ou groupes de travail autonomes	Agents collectivement responsables d'un ensemble d'activités et qui ont une relative autonomie dans leur organisation interne. Ces groupes ont un fonctionnement collectif qui s'inscrit dans la durée.



Changements Organisationnels & Informatisation

le dispositif d'enquêtes sur les changements
organisationnels et l'informatisation



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



«LE DESCARTES»
29, PROMENADE MICHEL SIMON
93166, NOISY-LE-GRAND CEDEX
TÉLÉPHONE : (1) 45 92 68 00
TÉLÉCOPIE : (1) 49 31 02 44
<http://www.cce-recherche.fr>



NOM DE LA PERSONNE AYANT RÉPONDU À CE QUESTIONNAIRE ET SUSCEPTIBLE DE FOURNIR DES RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

Mme/ Mlle/ M. : _____

N° de téléphone : _____

Courriel : _____

**Merci de retourner le questionnaire renseigné le 11 juin 2007 au plus tard,
en apportant une réponse, pour chaque question, à TOUTES les lignes présentées.**

Les rubriques signalées d'un astérisque (*) sont commentées dans la notice jointe.

Cette enquête est réalisée dans le cadre du système statistique public. Elle a été reconnue d'intérêt général et est obligatoire : les réponses seront traitées de façon anonyme et les résultats des traitements statistiques diffusés.

Ce questionnaire s'adresse à la Direction Générale de votre établissement. Toutefois, des questions plus techniques, comme par exemple celles de la partie « Informatique », peuvent nécessiter d'interroger les responsables des services concernés. La notice explicative jointe peut vous aider dans votre réponse.

Ce questionnaire concerne votre "établissement", soit l'établissement géographique pour les établissements de santé privés, soit l'entité juridique pour les établissements de santé publics. Cependant, dans le cas de l'APHP et des HCL, ce sont les hôpitaux qui sont concernés.

*Pour mesurer les évolutions récentes, nous vous interrogeons sur la situation de votre direction aujourd'hui et ce qu'elle était **en 2003**. On entendra pour 2003 le premier janvier 2003.*

Le questionnaire est à retourner dans l'enveloppe T jointe. Nous avons confié la réalisation de cette enquête à la société TEST (contact : Emilie Servel - 01 30 84 97 97). Une version électronique du questionnaire est disponible sur simple demande à l'adresse mail suivante : enquetecoi@test-sa.com.

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête, reconnue d'intérêt général et de qualité statistique, est obligatoire. Visa n°2007X104SA du Ministre de la santé et des solidarités et du Ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie valable pour l'année 2007.

Aux termes de l'article 6 de la loi n°51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques, les renseignements transmis en réponse au présent questionnaire sont confidentiels et destinés à la Drees et ne sauraient en aucun cas être utilisés à des fins de contrôle fiscal ou de répression économique.

A – SITUATION ET STRATEGIE DE VOTRE ETABLISSEMENT

1. Quelle est aujourd'hui l'importance stratégique, pour votre établissement, des objectifs suivants ?		Nulle ou très faible	Faible	Forte	Très forte
1.1	Le renforcement d'activités existantes	1	2	3	4
1.2	Le développement de nouvelles activités	1	2	3	4
1.3	L'ouverture sur son environnement socio-démographique (actions d'information et de prévention en ville, dans des foyers de migrants, etc.)	1	2	3	4
1.4	La réduction des délais de prise en charge ou d'attente des patients	1	2	3	4
1.5	L'amélioration de la gestion financière	1	2	3	4
1.6	Des actions de prévention (lutte anti-tabac, alcoologie, diététique, etc.)	1	2	3	4

2. Et quelle est l'importance des moyens suivants ?		Nulle ou très faible	Faible	Forte	Très forte
2.1	La modernisation technologique (y compris informatique)	1	2	3	4
2.2	L'adaptation, la modernisation, ou la construction de nouveaux locaux	1	2	3	4
2.3	Le développement et/ou le maintien des compétences dans l'établissement	1	2	3	4
2.4	La standardisation des procédures et des méthodes de travail	1	2	3	4
2.5	La sous-traitance ou l'externalisation de certaines fonctions	1	2	3	4
2.6	Les partenariats, le travail en réseau	1	2	3	4
2.7	La réduction des charges ou des coûts	1	2	3	4

3. Depuis 2003, quel a été l'impact des évolutions suivantes sur l'activité de votre établissement ?		Nulle ou très faible	Faible	Forte	Très forte
3.1	L'introduction de la tarification à l'activité	1	2	3	4
3.2	La mise en place du schéma régional d'organisation des soins (SROS 3)	1	2	3	4
3.3	La nouvelle gouvernance	1	2	3	4

4. Toujours depuis 2003, dans quelle mesure l'activité de votre établissement a-t-elle été affectée par les événements ou le contexte suivants ?		Nulle ou très faible	Faible	Forte	Très forte
4.1	Des événements imprévus extérieurs à l'établissement (crise sanitaire, catastrophe, etc.)	1	2	3	4
4.2	Des événements imprévus au sein de l'établissement (conflits sociaux, graves problèmes sanitaires, etc.)	1	2	3	4
4.3	L'évolution de la population accueillie	1	2	3	4
4.4	L'évolution des attentes des patients et de leur famille (information, qualité des prises en charge, réduction des risques, etc.)	1	2	3	4
4.5	La concurrence locale avec d'autres établissements	1	2	3	4

B – REORGANISATIONS, PARTENARIATS, CONTRATS

5. Depuis 2003, les activités de votre établissement ont-elles évolué dans les sens suivants ?		Oui	Non
5.1	Transfert d'activités à d'autres établissements hospitaliers	1	2
5.2	Suppressions d'activités (sans transfert)	1	2
5.3	Fusion totale ou partielle avec un autre établissement hospitalier	1	2
5.4	Développement de l'activité ambulatoire	1	2
5.5	Le développement d'activités transversales (prise en charge de la douleur, soins palliatifs, prise en charge de l'addiction, etc.)	1	2
5.6	Elargissement à d'autres activités, à de nouvelles spécialités (sans fusion)	1	2

6. Aujourd'hui et en 2003, votre établissement fait-il partie/ faisait-il partie...		Aujourd'hui		En 2003	
		Oui	Non	Oui	Non
6.1	... d'une ou plusieurs structures de coopération (groupement de coopération sanitaire*, GIP*, GIE*, etc.) ?	1	2	1	2
6.2	... d'un ou plusieurs réseaux de soin avec d'autres hôpitaux ?	1	2	1	2
6.3	... d'un ou plusieurs réseaux de soin ville-hôpital ?	1	2	1	2
6.4	... de partenariats pour hospitalisation à domicile, soins infirmiers à domicile, etc. ?	1	2	1	2
6.5	... d'un autre réseau (préciser) : _____	1	2	1	2

7. Aujourd'hui et en 2003, chacune des fonctions suivantes est-elle/ était-elle ... (Plusieurs réponses possibles) ¹		Aujourd'hui				En 2003			
		... gérée par l'hôpital	... confiée à un sous-traitant ou à un prestataire	... gérée par une structure de coopération ²	cette fonction n'existe pas	... gérée par l'hôpital	... confiée à un sous-traitant ou à un prestataire	... gérée par une structure de coopération ²	cette fonction n'existait pas
7.1	Les fonctions restauration, linge, déchets	1	2	3	4	1	2	3	4
7.2	Les achats, l'approvisionnement	1	2	3	4	1	2	3	4
7.3	Les prestations techniques (maintenance, réparation, sécurité des bâtiments, etc.)	1	2	3	4	1	2	3	4
7.4	Les activités médico-techniques (radiologie, laboratoire, blocs, pharmacie, etc.)	1	2	3	4	1	2	3	4
7.5	La stérilisation	1	2	3	4	1	2	3	4
7.6	La gestion du personnel, la formation	1	2	3	4	1	2	3	4
7.7	L'informatique, le système d'information	1	2	3	4	1	2	3	4
7.8	La comptabilité, la finance, le contrôle de gestion	1	2	3	4	1	2	3	4

¹ si la fonction est, par exemple, pour partie gérée par l'hôpital, pour partie sous-traitée, entourer les codes correspondant aux deux modalités.
² gérée au niveau d'un partenariat, d'un réseau, etc.

8. Depuis 2003, votre établissement a-t-il signé ...		Oui	Non
8.1	... un projet d'établissement ?	1	2
8.2	... un Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF) ?	1	2
8.3	... un Contrat d'Objectifs et de Moyen (y compris avant 2003) ?	1	2
8.4	<u>Si oui</u> : En quelle année le dernier Contrat d'Objectifs et de Moyen a-t-il été signé ?	□□□□□□	-

9. Aujourd'hui et en 2003, votre direction dispose-t-elle/ disposait-elle d'un système de tableaux de bord ou de reporting alimenté à un rythme au moins trimestriel ...		Aujourd'hui		En 2003	
		Oui	Non	Oui	Non
9.1	... pour le suivi interne du budget et des finances ?	1	2	1	2
9.2	... pour le pilotage ou la planification de l'activité ?	1	2	1	2

		Oui	Non
10.	Entre 2003 et aujourd'hui, votre établissement a-t-il été (ou est-il encore) site pilote dans le cadre de la réforme hospitalière (T2A, audits hospitaliers, etc.) ?	1	2

11. Aujourd'hui et en 2003, votre établissement est-il/ était-il engagé dans un ou plusieurs chantiers de la MEAH* ?		Aujourd'hui		En 2003	
		Oui	Non	Oui	Non
		1	2	1	2

C – L'INFORMATIQUE ET LES SYSTEMES D'INFORMATION DE VOTRE ETABLISSEMENT

12. Votre établissement utilise-t-il/ utilisait-il les technologies de l'information et de la communication suivantes ?		Aujourd'hui		En 2003	
		Oui	Non	Oui	Non
12.1	Accès Internet	1	2	1	2
12.2	Site Web (en propre ou partagé)*	1	2	1	2
12.3	Réseau local*	1	2	1	2
12.4	Intranet *	1	2	1	2
12.5	Extranet*	1	2	1	2
12.6	EDI* (hors Internet) ou autres liaisons informatiques spécifiques*	1	2	1	2
12.7	Réseau local sans fil*	1	2	1	2

13. Votre établissement dispose-t-il des types de connexion à Internet suivants ?		Aujourd'hui		En 2003	
		Oui	Non	Oui	Non
13.1	Connexion RNIS/ISDN*	1	2	1	2
13.2	DSL (ADSL, SDSL, etc.)*	1	2	1	2
13.3	Autres connexions fixes, connexion à un réseau régional haut débit*	1	2	1	2
13.4	Connexion sans fil (satellite, Internet sur téléphone mobile, DECT*)	1	2	1	2

14. Votre établissement utilise-t-il/ utilisait-il un système d'information permettant de consulter ou d'alimenter un dossier médical partagé au niveau suivant ?		Aujourd'hui		En 2003	
		Oui	Non	Oui	Non
14.1	Au sein de l'établissement (inter-services)	1	2	1	2
14.2	Au sein d'un réseau hospitalier de santé	1	2	1	2
14.3	Au sein d'un réseau ville-hôpital	1	2	1	2
14.4	Au sein d'une infrastructure de coopération partagée (plateforme régionale de santé)	1	2	1	2

15. L'organisation du codage de l'activité médicale est-elle/ était-elle ...		Aujourd'hui			En 2003		
		Totalement	Partiellement	Non	Totalement	Partiellement	Non
15.1	... gérée à la source (dans les services) ?	1	2	3	1	2	3
15.2	... centralisée (dans les DIM, etc.) ?	1	2	3	1	2	3

16. Votre établissement utilise-t-il/ utilisait-il les outils suivants ?		Aujourd'hui		En 2003	
		Oui	Non	Oui	Non
16.1	Outils d'archivage et de recherche automatisée des données (GED*, outil de gestion des connaissances*, etc.)	1	2	1	2
16.2	Outils d'analyse des données (analyse statistique*, outils décisionnels*, etc.)	1	2	1	2
16.3	Outils de travail collaboratif ou de gestion de projet (groupware*, visioconférence*, etc.)	1	2	1	2
16.4	Outils d'interfaçage de bases de données et d'applications (EAI*, SOA*, Services Web*, interfaçage de la GAM avec le PMSI ou la facturation, etc.)	1	2	1	2
16.5	Outils de modélisation et d'automatisation des processus (Workflow*, BPMS*, etc.)	1	2	1	2
16.6	Outils d'échange d'images (téléradiologie)	1	2	1	2
16.7	Outils d'archivage des images (PACS*)	1	2	1	2
16.8	Outils d'assistance au codage des diagnostics et des actes médicaux (thésaurus, etc.)	1	2	1	2
16.9	Outil de gestion des rendez-vous partagé par l'ensemble des services	1	2	1	2

17. Quels types d'applications informatiques votre établissement utilise-t-il/ utilisait-il pour les fonctions suivantes ? (Plusieurs réponses possibles) ¹		Aujourd'hui				En 2003			
		PGI/ERP*	Progiciel du marché*	Application « maison »*	Fonction non informatisée ou absente	PGI/ERP*	Progiciel du marché*	Application « maison »*	Fonction non informatisée ou absente
17.1	Les fonctions restauration, linge, déchets	1	2	3	4	1	2	3	4
17.2	Les achats, l'approvisionnement	1	2	3	4	1	2	3	4
17.3	La gestion du personnel	1	2	3	4	1	2	3	4
17.4	La comptabilité, la finance, le contrôle de gestion	1	2	3	4	1	2	3	4
17.5	La gestion administrative des patients (accueil, rendez-vous, facturation des dossiers, etc.)	1	2	3	4	1	2	3	4
17.6	La codification de l'activité médicale (PMSI)	1	2	3	4	1	2	3	4
17.7	La codification de l'activité soignante (SIPPS)	1	2	3	4	1	2	3	4
17.8	Pour une autre fonction (logistique, etc.) (préciser) :	1	2	3	4	1	2	3	4

¹ Si par exemple l'établissement utilise, pour une même fonction, un progiciel du marché et une « application maison », entourer les codes correspondant aux deux modalités.

17b . Votre établissement utilise-t-il/ utilisait-il des logiciels libres* (linux, etc.) ?		Aujourd'hui		En 2003	
		Oui	Non	Oui	Non
		1	2	1	2

18. Aujourd'hui et en 2003, existe-t-il/ existait-il les sécurités informatiques suivantes ?		Aujourd'hui		En 2003	
		Oui	Non	Oui	Non
18.1	Un schéma directeur en sécurité informatique	1	2	1	2
18.2	Un dispositif de sauvegarde automatisé	1	2	1	2
18.3	Une astreinte informatique	1	2	1	2
18.4	Un outil de détection d'intrusion	1	2	1	2
18.5	Un outil de contrôle d'accès	1	2	1	2
18.6	Des anti-virus mis à jour	1	2	1	2

D – RELATIONS DE VOTRE ETABLISSEMENT AVEC LES PATIENTS ET LEUR FAMILLE

19. Depuis 2003, dans quelle mesure les situations suivantes ont-elles pu modifier les relations de votre établissement avec les usagers ?		Nulla ou très faible	Faible	Forte	Très forte
		1	2	3	4
19.1	Intervention accrue des familles ou des proches	1	2	3	4
19.2	Montée de l'isolement de certains usagers	1	2	3	4
19.3	Appauvrissement ou précarisation de la population environnante	1	2	3	4
19.4	Affaire(s) portée(s) en justice	1	2	3	4
19.5	Affaire(s) médiatisée(s)	1	2	3	4
19.6	Intervention(s) d'associations de malades, de groupes de pression	1	2	3	4
19.7	Incivilités, vols, agressions, dégradations, etc.	1	2	3	4
19.8	Cas de maltraitance	1	2	3	4
19.9	Classement de l'établissement dans les médias	1	2	3	4

20. Votre établissement met-il /mettait-il à disposition, pour ses relations avec les usagers, les dispositifs suivants ?		Aujourd'hui		En 2003	
		Oui	Non	Oui	Non
20.1	Une permanence d'accès aux soins de santé pour les plus démunis (PASS)	1	2	1	2
20.2	Le recours à des interprètes	1	2	1	2
20.3	Une formation du personnel aux relations avec les patients et leurs familles	1	2	1	2
20.4	Un dispositif formalisé ou du personnel spécialisé pour l'information des patients (et de leur famille) sur leur état de santé	1	2	1	2
20.5	Des actions de prévention auprès de la population fréquentant l'hôpital (lutte anti-tabac, alcoolologie, diététique, etc.)	1	2	1	2

21. Aujourd'hui et en 2003, votre établissement utilise-t-il/ utilisait-il, concernant la qualité du service rendu aux usagers, les dispositifs suivants ?		Aujourd'hui		En 2003	
		Oui	Non	Oui	Non
21.1	La labellisation de la qualité de l'accueil *	1	2	1	2
21.2	D'autres audits de la qualité de l'accueil	1	2	1	2
21.3	Des enquêtes de satisfaction des usagers (hors questionnaire de sortie)	1	2	1	2

E – ACTIVITE MEDICALE ET LOGISTIQUE

		Procédure achevée	Procédure en cours	Aucune procédure entamée
22.	Votre établissement a-t-il été certifié ou est-il en cours de certification (accréditation) HAS pour la version 2 ?	1	2	3
22.1	Si la procédure est achevée : ... En quelle année ?	□□□□	-	-

23. Aujourd'hui et en 2003, dans son activité médicale ou logistique, votre établissement utilise-t-il/utilisait-il les dispositifs suivants ?		Aujourd'hui		En 2003	
		Oui	Non	Oui	Non
23.1	Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO)*	1	2	1	2
23.2	Outil pour la prise de commande des repas	1	2	1	2
23.3	Outil de suivi en temps réel de l'occupation des lits	1	2	1	2
23.4	Outil de suivi des passages dans les Urgences	1	2	1	2
23.5	Outil de traçabilité de la circulation des déchets, des dispositifs médicaux stériles et autres produits (hors transfusion sanguine et médicaments)	1	2	1	2
23.6	Informatisation globale du circuit du médicament (prescription, dispensation, administration)	1	2	1	2

24. Par ailleurs, votre établissement utilise-t-il/ utilisait-il les dispositifs suivants ?		Aujourd'hui		En 2003	
		Oui	Non	Oui	Non
24.1	Certification ou labellisation portant sur le système qualité, les compétences techniques ou la sécurité, type ISO* (en dehors de la certification HAS)	1	2	1	2
24.2	Autre outil d'évaluation externe de la qualité des soins	1	2	1	2
24.3	Audits sur les coûts	1	2	1	2
24.4	Méthodes formalisées de résolution de problèmes, analyse de la valeur*, analyse fonctionnelle* (analyse des causes, MARP, PERT, FAST, etc.)	1	2	1	2
24.5	Dispositif de signalement des événements indésirables précurseurs de crises, système d'indicateurs sanitaires d'alertes	1	2	1	2
24.6	Equipes ou groupes de travail autonomes (type management par projet)*	1	2	1	2

F – ORGANISATION DU TRAVAIL ET RESSOURCES HUMAINES

25. Dans votre établissement, qui ... <i>(Plusieurs réponses possibles)¹</i>		Aujourd'hui				En 2003			
		La hiérarchie administrative	Les médecins	Le personnel lui-même	Un spécialiste	La hiérarchie administrative	Les médecins	Le personnel lui-même	Un spécialiste
25.1	... définit/ définissait les procédures administratives ?	1	2	3	4	1	2	3	4
25.2	... détermine/ déterminait les horaires et le temps de travail ?	1	2	3	4	1	2	3	4
25.3	... répartit/ répartissait le travail au sein des équipes ?	1	2	3	4	1	2	3	4
25.4	... effectue/ effectuait la maintenance des machines et des outils ?	1	2	3	4	1	2	3	4
25.5	... forme/ formait les agents ?	1	2	3	4	1	2	3	4
25.6	... contrôle/ contrôlait les résultats du travail ?	1	2	3	4	1	2	3	4

¹ Si, par exemple, la maintenance est effectuée pour partie par le personnel, pour partie par un spécialiste, entourer les codes correspondant aux deux modalités.

26. Votre établissement utilise-t-il/ utilisait-t-il les outils GRH suivants ?		Aujourd'hui		En 2003	
		Oui	Non	Oui	Non
26.1	Gestion prévisionnelle des ressources humaines (GPRH ou GPEEC)	1	2	1	2
26.2	Référentiel de compétences ou de métiers (diplômes, formations, qualifications, etc.)	1	2	1	2
26.3	Système formalisé de gestion des temps (organisation des horaires, gardes, astreintes)	1	2	1	2
26.4	Dispositif de prise en charge des difficultés psychologiques du personnel	1	2	1	2
26.5	Pool de remplacement (infirmiers, aides-soignants, etc.)	1	2	1	2
26.6	Recours à l'intérim	1	2	1	2

27. Et dans quelle mesure votre direction éprouve-t-elle des difficultés de recrutement ¹ de ...		Nulle ou très faible	Faible	Forte	Très forte	Sans objet
27.1	... personnel médical et sages-femmes ?	1	2	3	4	0
27.2	... personnel soignant ?	1	2	3	4	0
27.3	... informaticiens ?	1	2	3	4	0
27.4	... autres personnels (préciser) : _____	1	2	3	4	0

¹Si il n'y a pas de besoins de recrutements, entourer le code correspondant à « sans objet ».

G – BILAN SUR LES CHANGEMENTS

28. Depuis 2003, votre direction a-t-elle eu recours à des prestations de conseil externe ou à des groupes de projet en interne pour améliorer les fonctions suivantes ¹ ?		Recours à des prestations de conseil externe			Recours à un groupe de projet interne		
		Oui	Non	Sans objet	Oui	Non	Sans objet
28.1	Les fonctions restauration, linge, déchets	1	2	0	1	2	0
28.2	Les prestations techniques (maintenance, réparation, sécurité des bâtiments, etc.)	1	2	0	1	2	0
28.3	La gestion du personnel, la formation	1	2	0	1	2	0
28.4	La comptabilité, la finance, le contrôle de gestion	1	2	0	1	2	0
28.5	La gestion administrative des patients (accueil, rendez-vous, facturation des dossiers, etc.)	1	2	0	1	2	0
28.6	L'informatique, le système d'information	1	2	0	1	2	0
28.7	Le suivi ou la gestion de l'activité médicale	1	2	0	1	2	0
28.8	Le suivi ou la gestion des urgences	1	2	0	1	2	0
28.9	Autre (achats, sécurité, qualité, etc.) – (préciser) : _____	1	2	0	1	2	0

¹Entourez le code correspondant à « sans objet » si la fonction n'existe pas, si il n'y a aucune évolution ou encore aucun projet d'évolution.

		Oui	Non
29.	Depuis 2003, l'organigramme de votre établissement a-t-il connu une refonte ?	1	2
29.1	<u>Si oui</u> : Est-ce principalement lié à la nouvelle gouvernance ?	1	2

Quelques questions concernant la nouvelle gouvernance (questions 30 à 33)

(Si l'établissement n'est pas concerné, entourer le code correspondant à la modalité « sans objet » aux questions suivantes).

30. En ce qui concerne la nouvelle gouvernance ...		Oui	Non	Sans objet
30.1	Votre établissement a-t-il mis en place un Conseil Exécutif ?	1	2	0
30.2	Votre établissement a-t-il finalisé le regroupement des services et départements en pôles cliniques et médico-techniques ?	1	2	0
30.3	Le directeur des soins fait-il partie du Conseil Exécutif ?	1	2	0
		Oui	Non	Sans objet
31.	Ce changement d'organisation a-t-il fait l'objet d'une consultation des représentants du personnel (organisations syndicales, élus du personnel) ?	1	2	0

32. Pour le suivi ou la mise en œuvre de ce changement, votre établissement a-t-il utilisé les moyens suivants ?		Oui	Non	Sans objet
32.1	Groupe de projet, de travail ou de suivi en interne	1	2	0
32.2	Mission confiée à un (des) cadre(s) en interne	1	2	0
32.3	Recours à un consultant externe	1	2	0
32.4	Action de formation du personnel	1	2	0
32.5	Mise en place de dispositifs ou outils spécifiques de suivi	1	2	0

33. Dans quelle mesure ce changement d'organisation a-t-il été perturbé par les difficultés suivantes ?		Nulle ou très faible	Faible	Forte	Très forte	Sans objet
33.1	Difficulté de coordonner les différents niveaux de décisions (Conseil d'Administration, CME, Conseil Exécutif)	1	2	3	4	0
33.2	Difficultés budgétaires	1	2	3	4	0
33.3	Moyens humains insuffisants	1	2	3	4	0
33.4	Difficulté d'adaptation, d'appropriation ou d'utilisation par les salariés	1	2	3	4	0
33.5	Conflit interne	1	2	3	4	0

Concernant la tarification à l'activité (T2A) (questions 34 à 36)

(Si l'établissement n'a pas d'activité de court séjour, entourer le code correspondant à la modalité "sans objet" aux questions suivantes).

34. L'introduction de la T2A dans votre établissement ...		Oui	Non	Sans objet
34.1	... intègre-t-elle ou s'appuie-t-elle sur un projet informatique ?	1	2	0
34.2	... a-t-elle fait l'objet d'une consultation des représentants du personnel (organisations syndicales, élus du personnel) ?	1	2	0

35. Pour le suivi ou la mise en œuvre de ce changement, votre établissement a-t-il utilisé les moyens suivants ?		Oui	Non	Sans objet
35.1	Groupe de projet, de travail ou de suivi en interne	1	2	0
35.2	Mission confiée à un (des) cadre(s) en interne	1	2	0
35.3	Recours à un consultant externe	1	2	0
35.4	Action de formation du personnel	1	2	0
35.5	Mise en place de dispositifs ou outils spécifiques de suivi	1	2	0

36. Dans quelle mesure l'introduction de la T2A a-t-elle été perturbée par les difficultés suivantes ?		Nulle ou très faible	Faible	Forte	Très forte	Sans objet
36.1	Objectifs insuffisamment définis ou déclinés	1	2	3	4	0
36.2	Contradictions avec certaines des missions de votre établissement, ou avec d'autres projets de modernisation, ou avec la réglementation	1	2	3	4	0
36.3	Difficultés budgétaires	1	2	3	4	0
36.4	Moyens humains insuffisants ou difficultés de gestion du personnel (absentéisme, turn-over, difficultés de recrutement, etc.)	1	2	3	4	0
36.5	Difficultés d'adaptation, d'appropriation ou d'utilisation par les salariés	1	2	3	4	0
36.6	Problèmes techniques (y compris système d'information inadapté)	1	2	3	4	0
36.7	Conflit interne	1	2	3	4	0
36.8	Conflit avec l'extérieur (prestataires, administration, associations d'usagers, etc.)	1	2	3	4	0

37. À quel service appartient le(s) répondant(s) au questionnaire ?		Répondant principal	Autres services éventuellement consultés ¹
37.1	Direction générale	1	2
37.2	Ressources humaines	1	2
37.3	Informatique, système d'information	1	2
37.4	Finances, comptabilité	1	2
37.5	Autre service (préciser) : _____	1	2

¹ Plusieurs réponses sont possibles.

La Statistique Publique vous remercie de votre participation à cette enquête.

DERNIERS NUMÉROS PARUS :

téléchargeables à partir du site <http://www.cee-recherche.fr>

- N° 106** *Les effets du revenu de Solidarité active (rSa) sur les gains du retour à l'emploi*
DENIS ANNE, YANNICK L'HORTY
octobre 2008
- N° 105** *Chronicle of a Death Foretold: Have HRM Practices Finally Replaced Worker Representatives? A Micro-Statistical Comparison between Great Britain and France*
THOMAS AMOSSÉ, LOUP WOLFF
septembre 2008
- N° 104** *Les jeunes : un rapport au travail singulier ? Une tentative pour déconstruire le mythe de l'opposition entre les âges*
BEATRICE DELAY
septembre 2008
- N° 103** *Les rapports entre jeunes et anciens dans les grandes entreprises. La responsabilité organisationnelle dans la construction de dynamiques intergénérationnelles coopératives*
BEATRICE DELAY
septembre 2008
- N° 102** *Les rapports entre jeunes et anciens dans les grandes entreprises. La responsabilité organisationnelle dans la construction de dynamiques intergénérationnelles coopératives*
BEATRICE DELAY
septembre 2008
- N° 101** *Le modèle Sidre : projeter, en France, les départs à la retraite*
SAMIA BENALLAH, FRANÇOIS LEGENDRE
juin 2008
- N° 100** *L'intersectionnalité des rapports sociaux de pouvoir en France : le cas du sexe et de l'origine ethnique*
FATIMA AIT BEN LMADANI, MARC-ARTHUR DIAYE, MICHAL W. URDANIVIA
juin 2008
- N° 99** *Les zones urbaines sensibles en Île-de-France : typologie des tensions territoriales*
YANNICK L'HORTY, FLORENT SARI
mai 2008
- N° 98** *Flexibilité interne et flexibilité externe : complémentarité, substitution et impact des 35 heures*
MATTHIEU BUNEL
avril 2008
- N°97-1
à 97-22** *Sortir du chômage en Alsace, Aquitaine, Auvergne... Rhône-Alpes [22 analyses régionales]*
EMMANUEL DUGUET, YANNICK L'HORTY, FLORENT SARI, avec J. BOUGARD, L. GOUPIL, A. WISSLER
avril 2008