



HAL
open science

Les systèmes d'information stratégiques au service des Présidents de Commission médicale d'établissement des centres hospitaliers : une satisfaction élevée pour des usages limités

Christophe Pascal, Jean-Baptiste Capgras, Hervé Cazeneuve, Magali Morelle

► To cite this version:

Christophe Pascal, Jean-Baptiste Capgras, Hervé Cazeneuve, Magali Morelle. Les systèmes d'information stratégiques au service des Présidents de Commission médicale d'établissement des centres hospitaliers : une satisfaction élevée pour des usages limités . Journal de gestion et d'économie médicales, 2019, 6, pp.510-531. 10.3917/jges.196.0510 . hal-02096525

HAL Id: hal-02096525

<https://hal.science/hal-02096525v1>

Submitted on 12 May 2023

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

Les systèmes d'information stratégiques au service des Présidents de Commission médicale d'établissement des centres hospitaliers : une satisfaction élevée pour des usages limités

Christophe Pascal, Jean-Baptiste Capgras, Hervé Cazeneuve, Magali Morelle

DANS **JOURNAL DE GESTION ET D'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ** 2019/6 (N° 6), PAGES 510 À 531
ÉDITIONS **ESKA**

ISSN 2262-5305

ISBN 9782747230117

DOI 10.3917/jges.196.0510

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2019-6-page-510.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution électronique Cairn.info pour ESKA.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les systèmes d'information stratégiques au service des Présidents de Commission médicale d'établissement des centres hospitaliers : une satisfaction élevée pour des usages limités

Strategic information systems for Presidents of the medical staff in French public hospitals: high satisfaction for limited use

Christophe PASCAL

IFROSS, Université Jean Moulin Lyon 3
Maître de conférences HDR en Sciences de gestion
Courriel : christophe.pascal@univ-lyon3.fr

Jean-Baptiste CAPGRAS

IFROSS, Université Jean Moulin Lyon 3
Maître de conférences en Sciences de gestion

Hervé CAZENEUVE

IFROSS, Université Jean Moulin Lyon 3
Ingénieur en appui à l'enseignement et à la recherche, Docteur en Sociologie

Magali MORELLE

Université de Lyon, Centre Léon Bérard, GATE L-SE UMR 5824, F-69008 Lyon, France
Statisticienne

RÉSUMÉ

Les trois derniers grands plans d'investissement en matière hospitalière (Hôpital 2007, Hôpital 2012 et Hôpital Numérique) ont tous consacré des sommes considérables au développement des systèmes d'information. Parmi les effets de leviers de performance recherchés, il était notamment attendu qu'ils renforcent la capacité de pilotage médico-économique des établissements de santé. Les travaux sur le pilotage stratégique des établissements hospitaliers soit considèrent l'hôpital comme une entité homogène, un acteur uniforme, soit limitent leur regard aux directeurs dans une approche top-down ou aux managers intermédiaires (Chefs de pôles, cadres supérieurs de santé, etc.) lorsqu'ils adoptent une approche bottom-up. Pourtant, les attributions légales des Présidents de CME, encore récemment précisées, en font un acteur majeur de l'élaboration de la stratégie.

En s'appuyant sur une étude sur l'usage des systèmes d'information pour la décision stratégique dans les établissements de santé, cet article se propose d'étudier les usages que font les présidents de CME des systèmes d'information lorsqu'ils participent à l'élaboration de la stratégie de l'établissement, et quels bénéfices ils en escomptent et en retirent. Le matériau mobilise les réponses de 120 Présidents de CME de Centres hospitaliers publics recueillies dans le cadre d'une enquête par questionnaire auto-administré auprès de l'ensemble des Présidents de CME de Centres hospitaliers publics en France portant sur leur utilisation des systèmes d'information pour la décision stratégique.

Mots-clés : Stratégie, Système d'information, Décision, Hôpital, Commission médicale d'établissement.

ABSTRACT

The last three major hospital investment plans (Hôpital 2007, Hôpital 2012 and Hôpital Numérique) devoted considerable amounts of money to support the development of information systems. These investments mainly aimed at improving the medico economic steering capacity of health facilities. Previous research on their effect either considered hospitals as homogenous entities or focused exclusively on directors in a top-down approach, or investigated middle management (head of department, senior health managers, etc.) in a bottom-up approach. However, the legal attributes of the president of the medical staff have been updated just recently and make them a potential key player as far as strategic decision-making is concerned.

This paper is based on a study of strategic decision making in healthcare facilities, it aims at providing insight into the PMS's use of information systems when they are involved in making strategic decisions, and into the benefit they expect to reap from it. Data derive from 120 self-administered questionnaires, which were filled out by presidents of medical staff from French public hospitals.

Keywords: Strategy, Information system, Decision, Hospital, President of the medical staff.

INTRODUCTION

Les 15 dernières années ont connu en France un investissement sans précédent dans l'informatisation des établissements de santé. À eux seuls, et même s'ils ne résument évidemment pas la totalité de l'engagement en faveur du développement des systèmes d'information, les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 représentent un effort financier de plus d'un milliard d'euros prolongé par le Programme Hôpital numérique et plus globalement la stratégie nationale de santé. Les seuls établissements publics de santé déclarent consacrer en moyenne 1,6% de leurs charges d'exploitation aux systèmes d'information¹ soit environ 1 milliard d'euros par an.

Même s'il est tout relatif au regard de la globalité des dépenses de santé, l'enjeu financier est ainsi extrêmement important, et ce, d'autant plus si l'on espère des effets de levier de ces investissements. Parmi l'ensemble des effets recherchés, il est notamment attendu de renforcer la capacité de pilotage médico-économique des établissements de santé [1-4]. Dans cette organisation pluraliste qu'est l'hôpital [5], les attributions légales du président de la Commission Médicale d'établissement (CME) en font un acteur majeur de l'élaboration de la stratégie [6,7]. Paradoxalement, la réalité des pratiques stratégiques de ces derniers et les moyens qu'ils mobilisent pour nourrir leurs avis et décisions demeurent peu étudiés dans la littérature.

Dans ce contexte, cet article se propose d'étudier l'apport que fournissent les systèmes d'information hospitaliers aux présidents

de CME dans l'exercice de leurs missions stratégiques.

Dans un premier temps, nous tentons d'éclaircir le positionnement des acteurs et les concepts au cœur de cette réflexion : les Présidents de CME et les systèmes d'information dans le cadre de la prise de décision stratégique à l'hôpital. En effet, les compétences stratégiques du Président de CME, progressivement reconnues par la loi, s'exercent dans un univers hospitalier dans lequel le périmètre et le contenu tant de la stratégie que des systèmes d'information décisionnels sont mal établis, ce qui impacte les choix méthodologiques opérés.

Dans un deuxième temps, nous présentons les résultats de l'enquête relative à l'usage des systèmes d'information pour la décision stratégique dans les établissements de santé². Le matériau mobilise les réponses de 120 Présidents de CME de Centres Hospitaliers publics portant sur leur utilisation des systèmes d'information pour la décision stratégique. La perspective adoptée est délibérément exploratoire : en l'absence de corpus scientifique clairement établi sur la question, il s'agit d'abord de mieux connaître les usages que font ceux-ci des systèmes d'information lorsqu'ils participent à l'élaboration de la stratégie de l'établissement, et quels bénéfices ils en escomptent et en retirent. Après une description du degré et des formes d'implication des présidents de CME dans l'élaboration de la stratégie, les modalités d'utilisation des systèmes d'information sont présentées et mises en perspective avec la satisfaction retirée. Ces analyses permettent d'établir dans un troisième et dernier temps un

¹ Atlas des SIH 2016 publié par la Direction générale de l'offre de soins du Ministère en charge de la santé.

² Etude PREPS eSI portée par le Centre Léon Bérard, financée par la DGOS avec l'appui de l'ANAP (<http://www.anap.fr/les-projets/promouvoir-la-performance-interne-des-organisations-des-es-et-esms/detail/actualites/evaluer-la-valeur-creee-par-les-systemes-dinformation-de-production-de-soins-programme-de-recherche-sur-la-performance-du-systeme-de-soins-preps/>)

premier constat sur les apports des systèmes d'information dans l'élaboration de la stratégie par les présidents de CME, et de formuler des pistes de travail pour les recherches futures.

1. LES PRÉSIDENTS DE COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT ET LE SYSTÈME D'INFORMATION DÉCISIONNEL HOSPITALIER

1.1. Le Président de la Commission médicale d'établissement : un impensé de la littérature managériale

La question de la place des médecins dans la gouvernance et plus largement le pilotage des établissements de santé a fait l'objet de nombreux travaux de recherche que ce soit en économie, droit, sociologie ou encore sciences de gestion [8–12]. Le positionnement singulier de cet acteur médical, archétype du concept de profession, dans l'organisation hospitalière vient perturber les schèmes habituels de lecture des organisations [13–17].

Cependant, cette littérature abondante sur les fonctions managériales des médecins hospitaliers se concentre majoritairement sur leur positionnement face à la contrainte économique ou encore au nouveau rôle des chefs de pôle [2, 18–20]. Force est de constater que le rôle et le positionnement spécifiques des Présidents de CME n'ont pour l'instant fait l'objet que de très peu de travaux en Sciences de gestion [21].

Ce désintérêt apparent trouve peut-être son origine dans la clarification très récente du rôle spécifique du Président de CME au sein des missions de la Commission médicale d'établissement (CME). Cette dernière apparaît pour la première fois sous sa dénomination actuelle dans la loi du 24 juillet 1987. Comme son

ancêtre la Commission médicale consultative (CMC) mise en place par le décret du 17 avril 1943, elle concrétise la volonté d'associer les praticiens au fonctionnement de l'hôpital au travers d'une représentation institutionnelle de la communauté médicale.

Les premières CMC étaient ainsi appelées à donner leur avis sur les changements dans l'aménagement ou la répartition des services et sur les grosses réparations envisagées ainsi que sur l'hygiène, la salubrité et la propreté des locaux et des dépendances, l'installation technique des services, le régime alimentaire des malades et, en général, sur toutes les questions intéressant le fonctionnement médical et technique de l'établissement ou du groupement hospitalier. Les différentes évolutions législatives vont préciser les modalités de composition, d'organisation et de fonctionnement de ces commissions pour en faire un véritable parlement médical, lieu central de la vie des établissements [22]. Après que la loi du 31 décembre 1970 a étendu le champ de la consultation obligatoire au budget et aux comptes de l'hôpital, la loi du 24 juillet 1987 renomme la CMC en CME et précise ses attributions et les étend aux documents de planification stratégique que sont le programme des besoins et le plan directeur. Ces deux documents prévoient le nombre de lits nécessaires pour répondre aux besoins du territoire, et les travaux et acquisitions foncières et immobilières à envisager. Le regard sur le fonctionnement est également élargi aux services non médicaux dès lors qu'ils intéressent la qualité des soins et la santé des malades.

Poursuivant ce mouvement de renforcement des compétences, la loi du 31 juillet 1991 dépasse le seul rôle consultatif pour associer la CME au directeur dans la préparation du projet médical et de l'organisation des activités médicales. L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée étend le champ des sujets

préparés conjointement avec le directeur à la définition des orientations et des mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité des soins et aux plans de formation des praticiens. Sa compétence consultative obligatoire est étendue à l'examen de nouveaux instruments institués par l'ordonnance (le projet de contrat pluriannuel, la constitution d'un réseau de soins ou d'une communauté d'établissements, la constitution des centres de responsabilité) ainsi qu'à l'examen de certaines actions de coopération. La CME se voit aussi confier le contrôle et l'attestation du respect de l'obligation de formation continue des médecins.

Les ordonnances de 2003 et 2005 instaurant la nouvelle gouvernance hospitalière marquent le point d'orgue de l'affirmation institutionnelle de la CME : elles consacrent formellement un pilotage partagé entre les équipes de direction et les médecins en instaurant un comité exécutif composé à parité de responsables administratifs désignés par le directeur, et du président et de membres de la CME. A ce titre, la commission est informée et consultée sur toutes les décisions ayant un impact sur la stratégie de l'établissement, en particulier le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Elle est également partie prenante de la démarche de contractualisation interne, au travers de la négociation, de la signature et du suivi de l'exécution du contrat de pôle par le président de la commission médicale d'établissement aux côtés du directeur.

Si ce renforcement continu de la CME a largement bénéficié au Président de la CME en tant que figure emblématique de cette communauté, les compétences n'en demeuraient pas moins exercées de façon collective au sein de la commission. En 2009, la loi Hôpital, patients, santé et territoires opère cependant une rupture forte avec ce modèle : en voulant

renforcer le rôle du directeur d'établissement, elle dépossède la CME d'une grande partie de ses missions pour la centrer sur les politiques de qualité et de sécurité des soins ainsi que sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Ce faisant, elle distingue pour la première fois à travers le décret du 30 décembre 2009 un rôle spécifique du Président de CME.

S'instaure dès lors à la tête de l'hôpital une direction bicéphale dans laquelle le président de la CME, vice-président du directoire et membre du conseil de surveillance (avec voix consultative), porte désormais en personne l'essentiel des pouvoirs autrefois dévolus à sa commission [23] : cette personnalisation s'accompagne de l'attribution au Président de moyens financiers, matériels et humains pour exercer ses missions.

Ce rôle est aujourd'hui d'autant plus important que les décrets du 22 septembre 2013 et du 11 mars 2016 sont venus élargir les compétences de la CME, mais surtout que ce dernier décret a spécifiquement renforcé les pouvoirs des Présidents de CME, en particulier concernant l'ensemble de la gouvernance médicale de l'établissement.

Si l'affirmation des compétences légales du président de CME dans le champ de la stratégie est désormais bien établie, la nature précise des décisions auxquelles il est associé et les informations qu'il utilise pour arrêter ces décisions sont largement méconnues. L'exploration de cette question suppose au préalable de s'interroger sur la nature de la stratégie en univers hospitalier et sur le rôle des systèmes d'information dans cette activité.

1.2. Les systèmes d'information hospitaliers pour la décision stratégique

Confrontés à la raréfaction des ressources médicales et soignantes, régis par des modes de

financement incitant à la concurrence et, dans le même temps, contraints à collaborer sur leurs territoires, accueillant des patients de plus en plus exigeants et informés, les hôpitaux se trouvent dans des situations toujours plus complexes à partir desquelles ils doivent imaginer des stratégies également complexes pour assurer leur survie et leur développement. Ces stratégies appellent en retour, selon la loi de la variété requise de William R. Ashby [24], des informations elles-mêmes de plus en plus complexes.

Du système d'information au système d'information décisionnel hospitalier

Dans ce contexte, le système d'information peut potentiellement jouer un rôle central dans ce processus. Classiquement défini comme « un ensemble organisé de ressources (matériel, logiciel, personnel, données, procédures) permettant d'acquérir, de traiter, de stocker des informations (sous forme de données, textes, images, sons, etc.) dans et entre des organisations, sa finalité est de restituer, au moment opportun, des informations sous forme directement utilisable, à ceux qui en ont besoin pour contrôler, coordonner ou prendre des décisions [25]. En d'autres termes, le système d'information est le siège d'un processus de transformation de données en informations et de leur distribution. Cette transformation peut être vue comme « un processus d'intégration dans une structure de sens, visant à alimenter une logique d'action et de décision orientée vers un but » [26].

La nature et le processus de transformation des données premières en informations mobilisables pour la prise de décision stratégique sont tout à fait spécifiques [27] et justifient la mise en place de systèmes d'aide à la décision [28]. Ces systèmes visent à accompagner le

décideur dans sa compréhension de la situation décisionnelle en lui proposant une justification des choix retenus et en lui permettant d'évaluer les risques qu'il prend lorsqu'il adopte telle ou telle stratégie [29]. Cette interface est opérée par ce que l'on qualifie de système d'information décisionnel (SID) ou « Business intelligence ». Le SID est construit pour produire une information exploitable, il est orienté vers la décision. C'est un outil d'aide à la décision [30,31]. Comme tout processus instrumental, il doit être étudié en tant que dispositif socio-technique dans lequel l'objet d'étude est justement l'intrication entre humain et technique [32,33] qui s'exprime au travers des usages.

En ce qui concerne plus particulièrement les établissements de santé, une étude de 2008 du GMSIH³ constatait que « très peu d'établissements disposaient [...] d'un véritable SID et donc d'un référentiel de pilotage stratégique ou opérationnel » [34]. La plupart du temps, les SID existants sont constitués de solutions de type infocentres organisés par silos. Les informations manipulées sont fréquemment proches des données de production et le croisement d'informations reste souvent problématique. La transformation des informations brutes contenues dans le SIH en informations utilisables pour les dirigeants se heurte ainsi à différentes difficultés à la fois sur les dimensions techniques du système et de qualité de l'information [35]. Si le constat établi dans l'édition 2016 de l'Atlas des SIH montre un développement significatif des SI à des fins de pilotage médico-économique, les indicateurs retenus se concentrent exclusivement sur le pilotage interne des établissements, et l'on ne sait donc rien de la capacité d'aide décisionnelle des SIH dans le cadre du positionnement stratégique concurrentiel et/ou territorial.

³ Groupement de Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers, dépendant du Ministère de la Santé.

De la délicate définition de l'objet stratégie et de son impact sur la méthodologie de recherche

Depuis le milieu des années quatre-vingt, les écrits sur la stratégie des établissements de santé sont pour la plupart consacrés au processus de formulation de la stratégie ou plus souvent encore de la planification stratégique. Ils traitent de stratégie sans aborder directement son contenu, bien qu'il arrive que les auteurs donnent des exemples concrets de décisions stratégiques que peuvent prendre les établissements de santé [36,37]. Au mieux, les auteurs font référence à des définitions classiques de la stratégie sans adaptation particulière au secteur sanitaire. Par exemple, on retrouve dans la littérature relative à la stratégie des établissements de santé des références aux définitions de Mintzberg selon qui la stratégie « est un fil conducteur ou un « pattern » dans une séquence de décisions et d'actions prises par l'organisation » [38], ou du *Stratégique* dont les auteurs associent la stratégie au temps, au périmètre d'action de la firme et à la recherche d'un avantage concurrentiel par l'exploitation de ressources et de compétences et aux réponses à l'environnement concurrentiel [39].

Pour certains auteurs, les établissements de santé étant une « bureaucratie professionnelle » [40,41], la stratégie est moins formée par planification que par « les activités et aspirations des professionnels-clés », donc dans le cadre d'une formulation implicite [42]. La prédominance du « strategic thinking and acting » [43] dans les organisations de santé rend l'identification des décisions stratégiques d'autant plus complexe que ces dernières résultent souvent de compromis frayés entre acteurs de la filière administrative et de la filière médicale [44]. Il ne faut pas pour autant en conclure qu'il n'y a pas de stratégie explicite et formalisée, ni que les dirigeants n'ont pas de pouvoir de détermination de la stratégie

[45,46]. Ces imprécisions posent problème lorsque l'on cherche à identifier les décisions qui relèvent de la fabrique de stratégie et les systèmes d'information qui peuvent soutenir ces décisions.

In fine, le caractère peu défini tant du contenu de la stratégie hospitalière que du périmètre des SID hospitaliers a orienté la présente recherche vers une approche constructiviste de la stratégie et du rôle décisionnel du SIH [47,48]. Ainsi, l'appréciation des Présidents de CME de leur implication dans l'élaboration de la stratégie ou encore de l'apport du SI en tant que support à cette élaboration repose sur les représentations individuelles et ne mobilise pas de définition commune de la stratégie. Le choix a par exemple été fait de proposer des listes d'actions dont il ne nous appartenait pas de définir *a priori* le caractère plus ou moins opérationnel ou plus ou moins stratégique. De même, la notion de SI décisionnel recouvre dans cet article tout élément du SIH que les acteurs mobilisent dans le but de prendre des décisions, que cet élément soit officiellement nommé « stratégique » ou pas.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Dans le cadre d'une recherche menée sur les liens entre le système d'information de production de soins (SIPS) et les décisions stratégiques des managers hospitaliers, financée par le ministère en charge de la santé, nous avons conduit une enquête au niveau national en 2016 auprès des équipes de direction des établissements de santé dans son acception large : directeurs, directeurs adjoints, Présidents de CME, médecins DIM, etc. De façon à tenir compte des périmètres de responsabilité et des caractéristiques propres à chaque métier, cette enquête a été déclinée en plusieurs questionnaires, dont un à destination des présidents de CME des hôpitaux publics français dont les résultats font l'objet du présent article.

2.1. Conception et test des questionnaires

Le choix des items des questionnaires s'appuie sur la réalisation préalable de 4 monographies d'établissements à partir, d'une part, d'entretiens semi-directifs avec les équipes de direction, les Présidents de CME, les responsables du système d'information ainsi que les médecins des Départements d'information médicale de quatre établissements situés en région Rhône-Alpes, et d'autre part de recueil documentaire sur le système d'information. Une attention particulière a été portée à la compréhension des questions, à la longueur des questionnaires, à l'intérêt des questions du point de vue des répondants. Un premier jeu de questionnaires, structurés autour des catégories d'analyse du modèle conceptuel de DeLone et McLean [49-51], a été testé auprès d'un groupe restreint de 35 directeurs et directeurs fonctionnels de structures publiques et privées. Un débriefing individuel a été organisé pour 6 des répondants sous la forme de conférences téléphoniques d'une durée approximative d'une heure chacune. Suite à ces premiers échanges, les questionnaires ont été réajustés en profondeur afin d'en améliorer la pertinence et d'en faciliter le renseignement (ordre des questions, nombre de questions et d'items au sein des questions). Les questionnaires ont également été soumis au bureau PF5 de la DGOS ainsi qu'à différents représentants de fédérations et collèges (FHF, FEHAP, Collèges des DSI de CHU et de CH, Collège national de l'Information médicale) et enfin auprès de la Présidence de la Conférence Nationale des Présidents de CME des Centres Hospitaliers. Ces échanges ont permis d'ultimes ajustements.

2.2. Structure du questionnaire dédié aux Présidents de CME

Dans la version finale du questionnaire spécifique aux Présidents de CME, les répondants devaient au maximum répondre à 32 questions,

permettant d'évaluer leur implication dans les décisions stratégiques de l'établissement, leurs usages du système d'information, la satisfaction globale et les bénéfices individuels et organisationnels produits par le système.

(i) *Intensité et formes de l'implication stratégique*

Les entretiens exploratoires conduits dans le cadre des monographies ont montré une très grande variabilité entre individus dans la définition du caractère stratégique ou non de différents types d'actions.

Après une question globale sur leur degré de participation à la stratégie de l'établissement, 11 types de décisions stratégiques, issus des entretiens et des monographies exploratoires, ont été proposés aux Présidents de CME afin de mieux caractériser les formes de décision stratégiques auxquelles ils ont participé. Chacun de ces types peut être rattaché à l'une des 4 thématiques ci-après :

- les décisions relatives aux **alliances stratégiques**, qui rassemblent la réalisation d'un GHT, la constitution d'un GCS, la fusion avec un autre établissement, ou encore la signature de conventions de partenariats fonctionnels ;
- les **opérations immobilières** ;
- les décisions relatives aux **ressources de production**, réunissant l'achat et le déploiement d'un système d'information, le recrutement, le licenciement ou la séparation de personnel médical, l'achat d'équipements et la négociation et/ou obtention de ressources financières (subventions, emprunts, dons...) ;
- enfin, les décisions de **restructurations internes**, au premier rang desquelles la réorganisation des services suivie de la création ou suppression de service.

Il est à noter que les réponses à ces questions sont en grande partie dépendantes de l'actualité stratégique de chaque établissement mais aussi du secteur sanitaire dans son ensemble. Ces questions ne prétendent donc pas à apprécier les éventuelles préférences individuelles des présidents pour certains sujets. Elles visent simplement à éclairer le contexte de l'usage du SI au regard des thématiques principales que les présidents avaient à l'esprit lorsqu'ils ont été questionnés sur leurs usages du SI à des fins stratégiques.

(ii) Formes d'usages des Systèmes d'information décisionnels

Le degré de mobilisation du système d'information comme support à la décision a été abordé en reprenant la catégorisation des objectifs stratégiques définis dans les travaux de Naranjo-Gil et Hartmann [49]. Pour une série de dix finalités, les répondants devaient indiquer leur fréquence d'usage du SI en 4 modalités (systématiquement, souvent, parfois et jamais). Au-delà des finalités d'usages, les enquêtés étaient interrogés sur la place d'une série de 20 indicateurs en termes d'intensité de consultation et d'importance dans le cadre de l'élaboration de la stratégie de l'établissement. De façon à permettre une lecture synthétique, ces indicateurs ont été regroupés suivant les 4 axes du *Balanced Scorecard* suggérés par le GMSIH : Ressources et organisation ; Efficacité opérationnelle et qualité des soins ; Efficience économique et Satisfaction des clients. Ces deux premières approches ont été complétées par un questionnement global sur la satisfaction d'accès aux indicateurs utilisés.

(iii) Satisfaction vis-à-vis des systèmes d'information hospitaliers dans le cadre des prises de décisions stratégiques

L'appréciation du SI par les Présidents de CME était d'abord évaluée de façon générale à

l'aide de la question suivante « de façon globale, diriez-vous que le SI est un support pour la participation à l'élaboration de la stratégie de l'établissement ? » comprenant 4 modalités de réponse : pas du tout, plutôt pas, plutôt et tout à fait d'accord. Puis leur satisfaction vis-à-vis du SI était estimée de façon plus spécifique par rapport à chacune des différentes finalités d'usages (4 modalités : pas du tout, plutôt pas, plutôt, tout à fait satisfait). Lorsque les répondants déclaraient qu'ils n'utilisaient jamais le SI pour une finalité donnée, la question relative à la satisfaction procurée par le SI vis-à-vis de cette finalité n'était pas proposée.

Les facteurs de contingence liés à l'utilisateur, qu'il s'agisse de ses caractéristiques intrinsèques (âge, sexe, niveau de formation) ou des caractéristiques liées à son positionnement au sein de l'organisation en termes de responsabilités et d'interaction avec d'autres utilisateurs ont été rajoutés sous la forme d'un axe supplémentaire de questionnement.

2.3. Administration des questionnaires

La passation de l'enquête auprès des équipes de direction des établissements s'est déroulée sur 9 mois (décembre 2015 à septembre 2016). Un choix a été fait en faveur d'une diffusion Web pour sa facilité de diffusion et de traitement. Même si cela n'a pas toujours été le cas [50,51], l'enquête en ligne semble désormais permettre des taux de réponses au moins équivalents à ceux du papier [52,53]. De plus, les versions électroniques permettent davantage d'interactions avec le répondant. Le choix du logiciel d'administration en ligne s'est porté sur LimeSurvey. Quatre relances ont été réalisées en suivant les recommandations de la littérature [54]. Le questionnaire a été relayé auprès des Présidents de CME des établissements publics de santé par les Conférences de Présidents de CME avec l'appui du ministère

en charge de la santé ainsi qu'auprès de la Fédération hospitalière de France (FHF).

Traitement statistique des données

Les analyses ont été réalisées à l'aide des logiciels Modalisa (Version 7.0, Kynos : Paris) et SAS (version 9.4 ; SAS Institute, Cary, NC). L'enquête ayant une vocation exploratoire, les traitements ont donc été conduits, de manière générale, à l'aide de méthodes statistiques descriptives, basées sur l'analyse des distributions de fréquences (effectifs et pourcentages) pour les données qualitatives, la moyenne, l'écart-type, la médiane, le minimum et le maximum pour les données quantitatives. Le nombre de données manquantes était présenté si nécessaire.

A côté du calcul du nombre moyen de finalités stratégiques pour lesquelles le répondant mobilise le SI (sur les 10 proposées), nous avons élaboré un score de systématisme d'usage afin d'apprécier plus finement les profils d'usage. Pour ce faire, un poids a d'abord été attribué à chacune des modalités, respectivement 0, 1, 2 et 3 pour jamais, parfois, souvent et systématiquement. Ensuite, le score de systématisme d'usage a été calculé en effectuant la somme de l'usage pondéré sur l'ensemble des 10 finalités stratégiques proposées et en divisant cette somme par 3 afin d'obtenir un score situé entre 0 et 10. Ainsi, le score minimum est de 0 si le SI n'est jamais utilisé pour aucune des finalités et le score maximum est 10 si le SI est systématiquement utilisé pour toutes les finalités. Enfin, les liens établis entre satisfaction et intensité d'utilisation dans la littérature sur l'usage des SI, et au cœur du modèle de Delone et McLean [49-51], ont été testés à l'aide d'un Khi-deux.

3. RÉSULTATS ET ANALYSES

3.1. Description de la population des répondants

120 Présidents de CME de Centre hospitaliers sur 962 potentiels [55] ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse estimé de 17%. Si ce taux de réponse semble de prime abord relativement peu élevé, il est toutefois conforme au taux de réponse attendu dans la littérature pour une populations de cadres [56]. Les répondants ont consacré en moyenne près de 14 minutes à l'enquête (min : 5 – max : 97). La moyenne d'âge est de 53,4 ans (min : 38 – max : 68), avec une prédominance d'hommes (72%) (Tableau 1). Ces deux distributions sont relativement proches de celles de la population générale des présidents de CME en France, pour laquelle la moyenne d'âge est de 53,9 ans et la répartition par sexe est de 72% d'hommes contre 28% de femmes⁴. Si l'on s'en tient aux fonctions formelles de responsabilité, plus de 40% des répondants occupent une fonction d'encadrement au niveau d'un service (29.2%) ou d'un pôle (12,5%). Ce chiffre souligne le statut particulier des présidents de CME, qui cumulent des responsabilités opérationnelles et stratégiques.

Près d'un répondant sur deux déclare avoir suivi des formations complémentaires dans les domaines du management hospitalier, de l'économie de la santé, du droit de la santé, des ressources humaines ou de l'information médicale. Les formations en management hospitalier concernent plus de 40% des répondants, et celles en économie de la santé près de 16%.

⁴ Centre national de gestion, *Eléments statistiques sur les Présidents de Commission médicale d'établissement (CME)*, situation au 1^{er} janvier 2016.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon des répondants Présidents de CME hospitaliers (n=120)

| Caractéristiques | N (%) |
|--|--------------|
| Age ^(a) | |
| Moyenne (écart-type) | 53,4 (7,5%) |
| Médiane (min-max) | 53,5 (38-68) |
| Sexe ^(a) | |
| Homme | 52 (72,2%) |
| Femme | 20 (27,8%) |
| Spécialité ^(b) | |
| Urgentiste | 15 (22,1%) |
| Gériatre | 13 (19,0%) |
| Pharmacien | 8 (11,8%) |
| Autre spécialité ^(c) | 32 (47,1%) |
| Formations complémentaires en formation continue ^(d) (plusieurs réponses possibles) | |
| Management Hospitalier | 33 (40,7%) |
| Droit de la santé | 4 (4,9%) |
| Information médicale | 10 (12,3%) |
| Economie de la santé | 13 (16,0%) |
| Ressources humaines | 4 (4,9%) |
| Fonctions complémentaires exercées par le Présidence de la CME (plusieurs réponses possibles) | |
| Chef de Pôle | 15 (12,5%) |
| Chef/responsable de service | 35 (29,2%) |
| Responsabilités transversales internes (coordonnateur, instances de gouvernances, etc.) | 12 (10,0%) |
| Responsabilités externes (Réseaux, instances régionales et /nationales, etc.) | 5 (4,2%) |
| Médecin DIM | 8 (6,7%) |

Notes. ^(a) 48 données manquantes. ^(b) 52 données manquantes. ^(c) Les autres spécialités des présidents de CME sont biologiste, cardiologue, chirurgien, gynécologue, médecin généraliste, ORL, pédiatre, psychiatre, anesthésiste-réanimateur, médecine polyvalente, médecine Physique et Réadaptation, radiologie, endocrinologue, médecin DIM. ^(d) 39 réponses manquantes.

3.2. Intensité et formes de l'implication stratégique

Dans leur large majorité, les répondants déclarent participer de façon plutôt importante (46%), voire très importante (41%) à l'élaboration de la stratégie de l'établissement (Tableau 2).

Parmi les différents types de décisions stratégiques, trois se démarquent particulièrement en concernant plus de 8 répondants sur 10 :

la constitution d'un GHT ou d'une CHT, la réorganisation des services et enfin, le recrutement/licenciement/séparation de personnel médical. 95% des présidents de CME répondants déclarent avoir participé à la constitution d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) ou d'une communauté hospitalière de territoire (CHT) au cours des deux dernières années. Ce résultat, sans réelle surprise compte tenu de l'obligation de réaliser des GHT dans des délais très courts, doit cependant être relativisé

au regard d'autres objectifs de même nature comme la constitution d'un groupement de coopération sanitaire (GCS), la fusion avec un autre établissement, ou encore la signature de conventions de partenariats fonctionnels. L'ensemble de ces 4 objectifs, qui correspondent à des stratégies d'alliance stratégique, ne représente alors plus que 33% des répondants.

Près d'un répondant sur deux (48% des présidents de CME) déclare avoir participé à des décisions relatives aux restructurations internes au cours des deux dernières années. En particulier, le recrutement, le licenciement ou la séparation de personnel médical (restructurations internes), qui font partie intégrante du champ de compétences professionnelles de la CME, ont logiquement concerné 80,2% des répondants. Enfin, concernant l'acquisition de

ressources de production, environ la moitié des Présidents de CME a été concernée par l'acquisition ou le déploiement d'un système d'information ou par l'achat d'un équipement lourd et/ou de pointe (robot/IRM, etc.). Ce niveau d'implication est tout à fait remarquable au regard de la fréquence relativement faible de ce type d'achats ou de déploiement.

Sur le volet externe, les Présidents de CME semblent nettement moins impliqués dans les opérations financières, puisque seuls 35,8% d'entre eux déclarent avoir pris part à de telles décisions. De même, les opérations immobilières sont également moins fréquemment abordées (34,6% des répondants), ce qui est somme toute assez logique compte tenu des enjeux financiers qu'elles mobilisent et par conséquent de leur fréquence beaucoup plus faible.

Tableau 2 : Intensité et forme de l'implication stratégique des Présidents de CME hospitaliers (n=120)

| Participation aux décisions stratégiques | N (%) |
|---|--------------|
| Degré de participation globale à la stratégie de l'établissement^(a) | |
| Très important | 46 (41,1%) |
| Plutôt important | 52 (46,4%) |
| Plutôt pas important | 9 (8,0%) |
| Pas important du tout | 5 (4,5%) |
| Participations aux décisions stratégiques au cours des deux dernières années^(b) | |
| <i>Alliances stratégiques</i> | |
| Constitution d'un GHT ou d'une CHT | 77 (95,1%) |
| Constitution d'un GCS | 23 (28,4%) |
| Fusion avec un autre établissement | 10 (12,3%) |
| Signature de conventions et de partenariats fonctionnels (mutualisation et/ou externalisations) | 49 (60,5%) |
| <i>Opérations immobilières</i> | |
| Réalisation d'une opération immobilière (construction, acquisition, cession et/ou démolition) | 28 (34,6%) |
| <i>Ressources de production</i> | |
| Acquisition et/ou déploiement d'un nouveau SI | 42 (51,9%) |
| Recrutement/licenciement/séparation de personnel médical | 65 (80,2%) |
| Achat d'équipement lourd et/ou de pointe (robot, IRM, etc.) | 39 (48,1%) |
| Négociation et/ou obtention de ressources financières | 29 (35,8%) |
| <i>Restructurations internes</i> | |
| Création ou suppression d'un service ou d'une activité médicale | 47 (58,0%) |
| Réorganisation des services | 69 (85,2%) |

Notes. ^(a) 8 données manquantes. ^(b) 39 données manquantes.

3.3. Formes d'usages des systèmes d'information décisionnels

Le système apparaît comme partiellement utilisé : plus d'un Président de CME répondant sur 4 (26,7%) n'a jamais recours au système d'information pour des finalités stratégiques. La perception du système d'information comme outil de pilotage opérationnel permettant de

suivre les déviations par rapport à la norme et d'assurer le suivi des actions issues de la stratégie est peu développée chez les Présidents de CME, tout comme le support à l'apprentissage collectif. Le système est surtout mobilisé dans le but de concevoir et de défendre des projets médicaux et de proposer des objectifs stratégiques, ce qui conforte l'image d'un

Tableau 3 : Usage du SI et satisfaction selon la finalité par les Présidents de CME hospitaliers (N=120)

| Finalité | Intensité d'usage du SI selon la finalité | | | | | Satisfaction vis à vis du SI pour la finalité | | | | |
|---|---|-----------------------|------------------|------------------|-----------------|---|----------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| | DM ^(a) N (%) | Systématique N (%) | Souvent N (%) | Parfois N (%) | Jamais N (%) | DM ^(a) / NA ^(b) | Tout à fait N (%) | Plutôt N (%) | Plutôt pas N (%) | Pas du tout N (%) |
| Débattre avec les directions administratives de l'intérêt des projets médicaux pour l'établissement | 30 | 15 (16,7%) | 21 (23,3%) | 23 (25,6%) | 31 (34,4%) | 69 | 5 (9,8%) | 33 (64,7%) | 13 (25,5%) | 0 (0%) |
| Convaincre la direction exécutive de l'établissement de l'intérêt des projets médicaux portés par les médecins | 30 | 16 (17,8%) | 19 (21,1%) | 24 (26,7%) | 31 (34,5%) | 71 | 4 (8,2%) | 29 (59,2%) | 16 (32,7%) | 0 (0%) |
| Débattre de l'intérêt des projets médicaux avec les collègues et la direction des soins | 30 | 13 (14,4%) | 21 (23,3%) | 23 (25,6%) | 33 (36,7%) | 73 | 4 (8,5%) | 31 (66,0%) | 11 (23,4%) | 1 (2,1%) |
| Proposer et négocier des objectifs stratégiques | 30 | 8 (8,9%) | 22 (24,4%) | 24 (26,7%) | 36 (40,0%) | 76 | 3 (6,8%) | 30 (68,2%) | 10 (22,7%) | 1 (2,3%) |
| Débattre des hypothèses liées aux statistiques et aux plans d'actions | 30 | 7 (7,8%) | 22 (24,4%) | 24 (26,7%) | 37 (41,1%) | 76 | 2 (4,5%) | 32 (72,7%) | 10 (22,7%) | 0 (0%) |
| Proposer de nouvelles idées et moyens pour conduire les actions | 30 | 5 (5,6%) | 23 (25,6%) | 20 (22,2%) | 42 (46,7%) | 79 | 3 (7,3%) | 23 (56,1%) | 14 (34,1%) | 1 (2,4%) |
| Mettre en place des outils d'évaluation cohérents avec les objectifs stratégiques | 30 | 9 (10,0%) | 16 (17,8%) | 22 (24,4%) | 43 (47,8%) | 82 | 4 (10,5%) | 25 (65,8%) | 8 (21,1%) | 1 (2,6%) |
| Assurer le suivi des actions par rapport aux planifications et objectifs négociés avec la direction/les partenaires étatiques | 30 | 7 (7,8%) | 14 (15,6%) | 24 (26,7%) | 45 (50,0%) | 82 | 5 (13,2%) | 20 (52,6%) | 12 (31,6%) | 1 (2,6%) |
| Favoriser les échanges et l'apprentissage collectifs | 30 | 4 (4,4%) | 17 (18,9%) | 19 (21,1%) | 50 (55,6%) | 89 | 4 (12,9%) | 19 (61,3%) | 8 (25,8%) | 0 (0%) |
| Faire un suivi des exceptions significatives et des déviations à la norme | 30 | 5 (5,6%) | 14 (15,6%) | 16 (17,8%) | 55 (61,1%) | 90 | 2 (6,7%) | 15 (50,0%) | 10 (33,3%) | 3 (10,0%) |

Notes. (a) DM : Données manquantes. (b) NA : Non Applicable : si les répondants n'utilisaient jamais le SI pour une finalité donnée, il ne devaient pas répondre à la question correspondante sur la satisfaction.

président de CME vice-président du directoire, qui porte la dimension médicale des projets stratégiques de l'établissement.

Un Président de CME avant tout polarisé sur les dimensions médicales

L'enquête confirme la polarisation des fonctions stratégiques du Président de CME sur ses dimensions médicales (Tableau 3). Ainsi, les trois premières finalités en termes d'intensité d'usage du SI sont le « débat avec les directions administratives de l'intérêt des projets médicaux pour l'établissement » (40,0% des répondants mobilisent souvent ou systématiquement le SI pour cette finalité), « convaincre la direction exécutive de l'établissement de l'intérêt des projets médicaux portés par les médecins » (38,9% des répondants mobilisent souvent ou systématiquement le SI pour cette finalité) et enfin, « débattre de l'intérêt des projets médicaux avec les collègues et la direction des soins » (37,8% des répondants mobilisent souvent ou systématiquement le SI pour cette finalité). Plus de 9 Présidents de CME sur 10 (92,3%) mobilisant le SI le font pour au moins l'une de ces trois finalités stratégiques.

Intensité et variabilité des finalités de recours au système d'information : l'émergence d'un groupe pionnier

L'ensemble des Présidents de CME mobilisent le SI, en moyenne, pour un peu plus de la moitié des 10 finalités stratégiques proposées. En revanche, sur la population des utilisateurs du SI, la moyenne s'élève à 8 finalités sur les 10 proposées. Le score de systématisme d'usage révèle l'existence de deux profils d'utilisateurs bien distincts (Tableau 4) : d'une part un groupe relativement restreint d'utilisateurs (16 répondants) qui consultent très régulièrement le SI pour une grande part, voire la totalité, des 10 finalités stratégiques proposées ; d'autre part un groupe majoritaire d'utilisateurs (54 répondants) qui n'utilisent que très faiblement voire pas du tout le SI pour les finalités stratégiques proposées. Outre ces deux groupes, un groupe de 20 répondants se situe dans un profil d'usages intermédiaires mêlant des utilisations systématiques concentrées sur une ou deux finalités à des utilisations peu fréquentes sur davantage de finalités.

Tableau 4 : Diversité des usages des SI pour les présidents de CME hospitaliers (n=120)

| Usages des SI | N (%) |
|---|------------|
| Répondants n'utilisant jamais le SI (a) | 24 (26,6%) |
| Finalités stratégiques mobilisées (a), (b) : | |
| Moyenne du nombre de finalités mobilisées (écart-type) | 5,5 (4,4) |
| Médiane du nombre de finalités mobilisées (min-max) | 7 (0-10) |
| Score de systématisme d'usage (a) | |
| Faible systématisme d'usage du SI pour les finalités stratégiques : Score \leq à 3,3 | 54 (60,0%) |
| Moyenne systématisme d'usage du SI pour les finalités stratégiques :]3,3 < Score \leq 6,6] | 20 (22,2%) |
| Forte systématisme d'usage du SI pour les finalités stratégiques : Score > 6,6 | 16 (17,8%) |
| Moyenne du score de systématisme d'usage (écart-type) | 3,2 (2,9) |
| Médiane du score de systématisme d'usage (min-max) | 2,3 (0-10) |

Notes. ^(a) 30 données manquantes. ^(b) Sur la population des présidents de CME qui utilisaient le SI (n=66), le nombre moyen de finalités stratégique mobilisé était 7,5 (écart-type : 2,8).

Une utilisation du système d'information orientée vers l'interne et l'opérationnel

L'efficacité opérationnelle et la qualité des soins au cœur du suivi stratégique des Présidents de CME

L'analyse des sources d'information mobilisées par les Présidents de CME dans l'élaboration de la stratégie de l'établissement selon les axes du BSC fait ressortir une forte prévalence de l'orientation du suivi stratégique à partir d'informations concernant l'efficacité opérationnelle et la qualité des soins (Tableau 5). Plus de 2/3 des Présidents de CME déclarent consulter souvent ou systématiquement les indicateurs relevant de cet axe. La dimension économique, quant à elle, bien qu'en retrait par rapport à l'axe précédent, est relativement bien intégrée dans le processus d'élaboration de la stratégie par les Présidents de CME puisque près d'un répondant sur deux déclare consulter cet axe souvent ou systématiquement.

L'examen plus détaillé de chaque indicateur apporte quelques précisions complémentaires. Ainsi, le taux d'occupation, la durée moyenne de séjour, le nombre d'entrées et le nombre de journées (les 4 « vieux ») qui constituaient les uniques indicateurs de pilotage au début de l'histoire des hôpitaux moderne [57] et dont on trouve des traces d'usage dès le 19^e siècle [58], demeurent toujours les plus utilisés avec entre 81% et 88% des Présidents de CME déclarant les consulter souvent ou systématiquement. Seuls entre 4 et 5% des répondants déclarent ne jamais les consulter.

Enfin, les indicateurs portant sur l'environnement de l'établissement (caractéristiques démographiques et socio-économiques du

territoire et accessibilité temporelle) sont beaucoup moins consultés que les autres indicateurs. Ce constat est surprenant, car les logiques de mise en concurrence des établissements sur un territoire portées par la tarification à l'activité pourraient laisser supposer que les présidents de CME, dans leurs analyses des projets médicaux, portent une attention soutenue à l'analyse de leur bassin de population. On constate en fait exactement le contraire. Il semblerait en particulier que le SI ne soit guère mobilisé par les Présidents de CME en ce qui concerne globalement le positionnement concurrentiel de l'établissement⁵. Non seulement moins d'un répondant sur trois consulte souvent ou systématiquement ce groupe d'indicateurs mais surtout près d'un quart ne le suit jamais.

Les indicateurs d'efficience économique se situent entre ces deux extrêmes. Ainsi, à peine un peu plus de la moitié des répondants déclarent les consulter souvent ou systématiquement et près d'un quart ne les consultent jamais. Ces taux de consultations intermédiaires ne manquent pas d'interroger au regard des enjeux d'équilibre économique auxquels sont soumis les établissements de santé.

Une stratégie centrée sur le fonctionnement interne de l'établissement

L'importance de chacun des 20 indicateurs dans l'élaboration de la stratégie de l'établissement permet d'approfondir l'analyse précédente sur les usages. En effet, un indicateur peut être rarement ou jamais consulté soit car il n'est pas jugé important, soit car il n'est pas accessible facilement par le Président de CME. Ce dernier point ne semble pas constituer un

⁵ Sont étudiés ici les indicateurs suivants : parts de marché de l'établissement, intensité de la concurrence, caractéristiques démographiques du territoire, caractéristiques socio-économiques du territoire, isolement géographique.

Tableau 5 : Fréquence d'utilisation des indicateurs, par axe du BSC, et importance et des indicateurs pour les présidents de CME hospitaliers (n=120)

| Axes du BSC et indicateurs | Fréquence de consultation des indicateurs | | | | | Importance des indicateurs | | | | |
|---|---|-----------------------|------------------|------------------|-----------------|----------------------------|---------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| | DM | Systématique N (%) | Souvent N (%) | Parfois N (%) | Jamais N (%) | DM | Très N (%) | Plutôt N (%) | Plutôt pas N (%) | Pas du tout N (%) |
| Axe efficacité opérationnelle et qualité des soins | | | | | | | | | | |
| • Durée Moyenne de Séjour | 21 | 38 (38,4%) | 47 (47,5%) | 9 (9,1%) | 5 (5,1%) | 19 | 37 (36,6%) | 52 (51,5%) | 10 (9,9%) | 2 (2,0%) |
| • Taux d'occupation | 21 | 45 (45,5%) | 42 (42,4%) | 8 (8,1%) | 4 (4,0%) | 19 | 42 (41,6%) | 54 (53,5%) | 5 (5,0%) | 0 (0%) |
| • Nombre d'entrées | 21 | 39 (39,4%) | 45 (45,5%) | 11 (11,1%) | 4 (4,0%) | 19 | 40 (39,6%) | 51 (50,5%) | 9 (8,9%) | 1 (1,0%) |
| • Nombre de journées | 21 | 33 (33,3%) | 47 (47,5%) | 15 (15,2%) | 4 (4,0%) | 19 | 36 (35,6%) | 52 (51,5%) | 11 (10,9%) | 2 (2,0%) |
| • Résultat des certifications | 21 | 29 (29,3%) | 39 (39,4%) | 23 (23,2%) | 8 (8,1%) | 19 | 36 (35,6%) | 51 (50,5%) | 12 (11,9%) | 2 (2,0%) |
| <i>Moyenne de l'axe efficacité opérationnelle et qualité des soins sur l'ensemble des 5 indicateurs</i> | | | | | | | | | | |
| | | 37,2% | 44,4% | 13,3% | 5,1% | | 37,8% | 51,5% | 9,3% | 1,4% |
| Axe efficacité économique | | | | | | | | | | |
| • Coût par séjour | 21 | 16 (16,2%) | 38 (38,4%) | 23 (23,2%) | 22 (22,2%) | 24 | 14 (14,6%) | 60 (62,5%) | 16 (16,7%) | 6 (6,3%) |
| • Coût par activité | 21 | 17 (17,2%) | 37 (37,4%) | 23 (23,2%) | 22 (22,2%) | 27 | 20 (21,5%) | 53 (57,0%) | 15 (16,1%) | 5 (5,4%) |
| • Recettes par séjour | 21 | 21 (21,2%) | 34 (34,3%) | 22 (22,2%) | 22 (22,2%) | 27 | 19 (20,4%) | 60 (64,5%) | 11 (11,8%) | 3 (3,2%) |
| • Recettes par activité | 21 | 23 (23,2%) | 35 (35,4%) | 18 (18,2%) | 23 (23,2%) | 28 | 20 (21,7%) | 55 (59,8%) | 12 (13,0%) | 5 (5,4%) |
| • Résultats financiers des services ou des pôles (CREA, CREO, etc.) | 21 | 17 (17,2%) | 34 (34,3%) | 29 (29,3%) | 19 (19,2%) | 34 | 18 (20,9%) | 51 (59,3%) | 13 (15,1%) | 4 (4,7%) |
| <i>Moyenne de l'axe efficacité économique sur l'ensemble des 5 indicateurs</i> | | | | | | | | | | |
| | | 19,0% | 36,0% | 23,2% | 21,8% | | 19,8% | 60,6% | 14,5% | 5,0% |
| Axe ressources et organisation | | | | | | | | | | |
| • Turnover du personnel | 21 | 7 (7,1%) | 31 (31,3%) | 40 (40,4%) | 21 (21,2%) | 21 | 13 (13,1%) | 55 (55,6%) | 26 (26,3%) | 5 (5,1%) |
| • Absentéisme | 21 | 4 (4,0%) | 34 (34,3%) | 44 (44,4%) | 17 (17,2%) | 23 | 18 (18,6%) | 51 (52,6%) | 24 (24,7%) | 4 (4,1%) |
| <i>Moyenne de l'axe ressources et organisations sur l'ensemble des 2 indicateurs</i> | | | | | | | | | | |
| | | 5,6% | 32,8% | 42,4% | 19,2% | | 15,9% | 54,1% | 25,5% | 4,6% |

| Axes du BSC et indicateurs | Fréquence de consultation des indicateurs | | | | | Importance des indicateurs | | | | |
|---|---|-----------------------|------------------|------------------|-----------------|----------------------------|---------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| | DM | Systématique N (%) | Souvent N (%) | Parfois N (%) | Jamais N (%) | DM | Très N (%) | Plutôt N (%) | Plutôt pas N (%) | Pas du tout N (%) |
| Axe satisfaction des clients | | | | | | | | | | |
| • Satisfaction des patients | 21 | 18 (18,2%) | 45 (45,5%) | 23 (23,2%) | 13 (13,1%) | 19 | 44 (43,6%) | 52 (51,5%) | 4 (4,0%) | 1 (1,0%) |
| • Satisfaction des adresseurs | 21 | 13 (13,1%) | 32 (32,3%) | 36 (36,4%) | 18 (18,2%) | 22 | 32 (32,7%) | 56 (57,1%) | 8 (8,2%) | 2 (2,0%) |
| • Caractéristiques socio-économiques du territoire | 21 | 1 (1,0%) | 20 (20,2%) | 60 (60,6%) | 18 (18,2%) | 22 | 29 (29,6%) | 56 (57,1%) | 12 (12,2%) | 1 (1,0%) |
| • Isolement géographique (temps d'accès métropole régionale) | 21 | 3 (3,0%) | 13 (13,1%) | 50 (50,5%) | 33 (33,3%) | 21 | 31 (31,3%) | 50 (50,5%) | 12 (12,1%) | 6 (6,1%) |
| • Parts de marché de votre établissement | 21 | 9 (9,1%) | 35 (35,4%) | 28 (28,3%) | 27 (27,3%) | 25 | 36 (37,9%) | 41 (43,2%) | 14 (14,7%) | 4 (4,2%) |
| • Intensité de la concurrence | 21 | 5 (5,1%) | 31 (31,3%) | 32 (32,3%) | 31 (31,3%) | 23 | 22 (22,7%) | 52 (53,6%) | 17 (17,5%) | 6 (6,2%) |
| • Provenance des patients par mode d'entrée (urgences, admission programmée, transfert) | 21 | 23 (23,2%) | 47 (47,5%) | 21 (21,2%) | 8 (8,1%) | 23 | 36 (37,1%) | 57 (58,8%) | 4 (4,1%) | 0 (0%) |
| • Caractéristiques démographiques du territoire | 21 | 5 (5,1%) | 26 (26,3%) | 57 (57,6%) | 11 (11,1%) | 19 | 45 (44,6%) | 53 (52,5%) | 2 (2,0%) | 1 (1,0%) |
| • Moyenne de l'axe satisfaction des clients sur l'ensemble des 8 indicateurs | | 9,7% | 31,4% | 38,8% | 20,1% | | 34,9% | 53,0% | 9,4% | 2,7% |
| <i>Moyenne générale sur l'ensemble des 20 indicateurs</i> | | | | | | | | | | |
| | | 18,5% | 36,0% | 28,9% | 16,7% | | 29,7% | 54,7% | 12,3% | 3,2% |

Notes. DM : Données manquantes.

problème majeur car 3 répondants sur 4 jugent satisfaisante l'accessibilité aux indicateurs au regard de leurs besoins.

Globalement, l'ensemble des 20 indicateurs est jugé important pour la prise de décision stratégique puisque l'indicateur recevant le jugement le plus faible est déclaré important ou très important par près de 70% des Présidents de CME (68,7%). Cependant ce score masque une diversité de perceptions entre les indicateurs. Ainsi, les indicateurs concernant les RH (absentéisme et turnover du personnel) sont

jugés importants ou très importants par un pourcentage plus faible de répondants (69,9%) que les autres indicateurs (86,4% en moyenne). Par ailleurs, si l'on classe les indicateurs par ordre décroissant d'importance, l'axe efficacité économique (recettes et coûts) se situe en troisième position.

Enfin, trois quarts des Présidents de CME jugent l'intensité concurrentielle très ou plutôt importante pour la prise de décision stratégique. Cette valeur élevée (76,3%) est cependant plus faible que pour l'ensemble des autres

indicateurs de l'axe (89,4% en moyenne). Cette réponse est à rapprocher du constat de faible consultation de cet indicateur et semble confirmer une orientation stratégique des Présidents de CME davantage tournée vers le fonctionnement interne des établissements d'une part et leur cœur de métier d'autre part.

3.4. Satisfaction vis-à-vis des systèmes d'information hospitaliers dans le cadre des prises de décisions stratégiques

Globalement, les Présidents de CME sont satisfaits de l'apport du SI pour leur participation à la stratégie de l'établissement. Seulement 10,8% des Présidents de CME jugent que le SI ne constitue pas un support à l'élaboration de la stratégie.

D'une manière générale, le taux de satisfaction des Présidents de CME vis-à-vis du système d'information pour répondre aux 10 finalités stratégiques proposées est élevé (plus de 70% des Présidents de CME se déclarent satisfaits) (Tableau 3). Les taux d'insatisfaction sont cependant plus marqués lorsque l'on considère l'usage du SI pour poursuivre les objectifs de pilotage opérationnel, qui sont ceux pour lesquels le SI est par ailleurs le moins mobilisé. Ce dernier résultat laisse supposer une faible adéquation des systèmes d'information aux besoins de pilotage des présidents de CME.

Parmi les finalités d'usage pour lesquelles les Présidents de CME mobilisent le plus le SI, le niveau de satisfaction est particulièrement conséquent pour débattre avec les directions administratives de l'intérêt des projets médicaux pour l'établissement et pour débattre de l'intérêt des projets médicaux avec les collègues et la direction des soins.

Lorsque les Présidents de CME utilisent le SI, ils sont plutôt satisfaits : 59,9% de taux de satisfaction (plutôt satisfait et tout à fait

satisfait). Cette satisfaction augmente de plus avec l'intensité d'usage de façon significative ($p < 0.01$), confirmant les liens établis dans la littérature sur l'usage des SI et au cœur du modèle de Delone et McLean entre satisfaction et intensité d'utilisation.

CONCLUSION

A l'issue de cette enquête, l'apport des systèmes d'information décisionnels aux présidents de CME dans l'exercice de leurs fonctions stratégiques se révèle contrasté. Ces systèmes sont relativement peu utilisés pour l'appui à la décision stratégique, mais semblent en revanche conférer une large satisfaction lorsqu'ils sont utilisés.

Ces travaux ne permettent pas, compte tenu de leur caractère exploratoire, de conclure sur les causes de ce phénomène. Les résultats obtenus doivent être également relativisés au regard du nombre relativement réduit de réponses, qui limite les possibilités d'analyses croisées et inférentielles faute de puissance statistique suffisante.

A ce stade, quelques hypothèses peuvent être avancées pour tenter d'expliquer ces premiers constats.

La première hypothèse porte sur la spécificité de la stratégie en univers hospitalier. Les organisations de santé sont des organisations hautement pluralistes [5,59] caractérisées d'une part par la coexistence d'acteurs internes (médecins, administration) et externes (autorités de régulation, Etat, associations d'usagers, patients) aux intérêts et valeurs divergentes, et d'autre part par une répartition diffuse du pouvoir et des objectifs multiples et souvent ambigus. Pour un certain nombre d'auteurs, ces caractéristiques s'opposeraient à l'élaboration d'objectifs et de plans formels et explicites, au

profit d'une « ambiguïté stratégique » [60], autrement dit d'une situation dans laquelle les buts de l'organisation sont délibérément ambigus de façon à permettre à des interprétations divergentes de cohabiter et à des individus d'opinions différentes de collaborer [61]. Elles conduiraient à privilégier les jeux politiques aux dépens de procédures rationnelles formelles mobilisant des données quantitatives [62]. Une telle caractéristique pourrait expliquer *de facto* la limitation de l'usage des SI pour certaines parties prenantes du processus stratégique comme les présidents de CME.

Une seconde piste d'explication est à rechercher du côté des compétences. On peut imaginer que les présidents utilisent peu le SI pour certains types d'analyses, parce qu'ils n'ont pas été spécifiquement formés aux méthodes de diagnostic stratégique et à l'examen structuré des différentes variables internes et externes. Cette hypothèse rejoint la problématique plus large de la formation au management des médecins dans le cadre de fonctions de chefs de service ou chef de pôle par exemple.

La dimension culturelle est également à prendre en compte. L'enquête montre que les présidents de CME semblent privilégier l'abord médical des projets et de la stratégie aux dépens d'un abord économique, rejoignant les constats déjà effectués pour les autres médecins managers [63]. De même, si le traitement des projets médicaux ne peut pas, la plupart du temps, faire abstraction de l'analyse des besoins sur un territoire, l'intérêt moins marqué pour les indicateurs portant sur l'environnement de l'établissement suggère néanmoins un positionnement plutôt centré sur le diagnostic interne. Ces éléments invitent à s'intéresser à la possible existence d'une culture professionnelle spécifique aux présidents de CME voire à l'ensemble

des médecins-managers, et à ses effets sur les représentations de la stratégie et les usages des SI qui en découlent.

Ces hypothèses, parmi tant d'autres possibles, montrent la complexité du champ de recherche sur l'utilisation des systèmes d'information stratégique, sitôt que l'on dépasse la perspective uniquement centrée sur l'artefact pour considérer une approche davantage socio-technique.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) pour leur soutien dans la conduite de cette étude, ainsi que l'ensemble des personnels des établissements de santé ayant répondu au questionnaire. Les auteurs expriment également toute leur gratitude à Monsieur le Président de la Conférence des Présidents de CME des Centres Hospitaliers et remercient les deux rapporteurs anonymes pour leurs remarques et suggestions. Toute erreur ou omission qui pourrait subsister reste de notre seule responsabilité. La présente étude, qui s'inscrit dans le projet PREPS eSIS a reçu le soutien financier de la DGOS (Programme de recherche sur la performance du système de soins : Evaluation de la création de valeur par l'usage des SI de production de soins (PREPS-SIPS)).

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Riou C, Fresson J, Madelon G, *et al.* Information médicale et pilotage des établissements de santé. *J Gest d'économie médicales*. 2016;34:45–64.
- [2] Nobre T. De la mesure de la performance au pilotage stratégique. *Gest Hosp*. 2012;(520):563–5.

- [3] Veillard J. *Performance Management in Health Systems and Services*. Studies on its Development and Use at ... 2012. 194 p.
- [4] Falise-Mirat B, Alain D, Billebot M-N, Le Gloan C. TIC et performance des organisations de santé. *Gest Hosp*. 2010;avril(495):245–9.
- [5] Denis J-L, Lamothe L, Langley A. The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Acad Manag J*. 2001;44(4):809–837.
- [6] Georgescu I, Commeiras N. Pression budgétaire et implication organisationnelle des médecins. *J d'Economie Médicale*. 2011;29(2011/6):294–304.
- [7] Guisset A-L, Sicotte C, Leclercq P, D'Hoore W. Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. *Sci Soc Sante*. 2002;20(2):65–104.
- [8] Harris JE. The Internal Organization of Hospitals: Some Economic Implications. *Bell J Econ*. 1977;8(2):467–82.
- [9] Wolf EJ. Hospital-Physicians relations : collaboration or competition ? *Healthc Exec*. 2003;18(2):6.
- [10] Young DW, Saltman RB. *The hospital power equilibrium. Physician behaviors and cost containment*. The John Hopkins Press University; 1985. 240 p.
- [11] Succi MJ. Physician involvement in management and governance ; the moderating effects of staff structure and composition. *Health Care Manage Rev*. 1999;
- [12] Takagi J. L'évolution du management des médecins américains. *Rev Française Gest*. 2006;(168):27.
- [13] Freidson E, Malamoud C. *La profession médicale*. Médecine e. Lyotard-May A, editor. Paris: Payot; 1984. 369 p.
- [14] Tjosvold D, MacPherson RC. Joint hospital management by physicians and nursing administrators. *Health Care Manage Rev*. 1996;21(3):43–54.
- [15] de Pouvourville G. La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital. *Le J l'école Paris du Manag*. 2010;86(6):22.
- [16] Hassenteufel P. *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*. Paris: Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques; 1997. 367 p.
- [17] Benamouzig D, Pierru F. Le professionnel et le "système" : l'intégration institutionnelle du monde médical. *Sociol Trav*. 2016;53(3):293–348.
- [18] Georgescu I. La pression financière interne, ses déterminants et ses effets sur les attitudes et comportements : le cas de l'hôpital public français. Université Montpellier 1; 2010.
- [19] Vera A, Hucke D. Managerial orientation and career success of physicians in hospitals. *J Health Organ Manag*. 2009;23(1):70–84.
- [20] Mordelet P. *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*. Editions ENSP; 2006. 367 p.
- [21] Claveranne J-P. D'eau et de feu, un projet commun. In: Cavalier M, Dalmasso R, Romatet J-J, editors. *Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?* Toulouse: ERES; 2002. p. 27–37.
- [22] Kervasdoué J de. *L'hôpital [Internet]*. Presses universitaires de France; 2015.
- [23] Stingre D. *Le service public hospitalier*. 6^e éd. Paris: Presses Universitaires de France; 2016. 128 p.
- [24] Ashby WR. Requisite Variety and Its Implications for the Control of Complex Systems. In: *Facets of Systems Science*. Boston, MA: Springer US; 1991. p. 405–17.
- [25] Reix R, Fallery B, Kalika M, Rowe F. *Systèmes d'information et management des organisations*. 6^e. Paris: Vuibert; 2011. 480 p.
- [26] Peguiron F. Application de l'Intelligence Economique dans un Système d'Information Stratégique universitaire : les apports de la modélisation des acteurs. Université Nancy 2; 2006.
- [27] Larson S. Information Systems and Strategic Decision: a literature review. In: SAIS 2009 Proceedings. Charleston; 2009. p. 86–92.
- [28] Simon HA. De la rationalité substantive à la rationalité procédurale. Vol. 10/1992, Revue PISTES. Site MCX-APC - Les Introuvables en langue française de H.A. Simon; 1992. p. 14.
- [29] Akharraz A. Acceptabilité de la décision et risque décisionnel : Un système explicatif de fusion d'informations par l'intégrale de Choquet [Internet]. Vol. 1. Université de Savoie; 2004.

- [30] Aubin C. Pour le suivi et l'évaluation de la performance des établissements de santé, Des solutions d'aide au "décider ensemble". *Technol Innov Hosp*. 2009;1.
- [31] Aubin C. Décisionnel à l'hôpital : privilégier une démarche de co-construction. *Gest Hosp*. 2011;3.
- [32] Nardi BA. Studying context: a comparison of activity theory, situated action models, and distributed cognition. In: Nardi BA, editor. Cambridge: MIT Press; 1996. p. 69–102.
- [33] Suchman LA. *Human-machine reconfigurations: plans and situated actions*. 2^e édition. New-York: Cambridge University Press; 2007.
- [34] Veret M. *Bien gérer ses référentiels de données : un enjeu pour le pilotage de son établissement de santé*. Paris; 2008.
- [35] Billebot M-N, Lemoine B. *Accompagnement des projets Hôpital 2012 de Systèmes d'Information Production de Soins*. Paris; 2013.
- [36] Denis J-L, Langley A, Lozeau D. Anatomie d'un outil de gestion : la planification stratégique dans les organisations publiques de santé. *Sci Soc Sante*. 1992;10(1):93–119.
- [37] Phanel D. La stratégie hospitalière existe-t-elle ? *Gest Hosp*. 1998.
- [38] Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel J. *Safari en pays stratégie*. Village Mondial; 2005.
- [39] Johnson G, Scholes K, Whittington R, Fréry F. *Stratégique*. 9^e édition. Paris: Pearson Education; 2011.
- [40] Mintzberg H. *Structure et Dynamique des organisations*. Editions d'Organisation; 1998.
- [41] Kletz F, Lenay O. Savoir actif et changement dans les organisations : l'introduction du PMSI réforme-t-elle le pilotage du système hospitalier ? *Ruptures, Rev Transdiscipl en santé*. 2001;8(2):6–20.
- [42] Files LA. Strategy formulation in hospitals. *Health Care Manage Rev*. 1988;13(1):9–16.
- [43] Bryson JM. A strategic planning process for public and non-profit organizations. *Long Range Plann*. 1988;21(1):73–81.
- [44] McDaniel RR, Ashmos DP, Ashmos DP. Strategic directions within health care institutions: the role of the physician. *J Natl Med Assoc*. 1986;78(7):633–41.
- [45] Ginn GO, Young GJ. Organizational and environmental determinants of hospital strategy. *Hosp Heal Serv Adm*. 1992;37(3):291–302.
- [46] Ashmos DP, McDaniel RR, Jr. Physician participation in hospital strategic decision making: the effect of hospital strategy and decision content. *Health Serv Res*. 1991;26(3):375–401.
- [47] Whittington R. Strategy as Practice. *Long Range Plann*. 1996;29(5):731–5.
- [48] Whittington R. The work of strategizing and organizing: for a practice perspective. *Strateg Organ*. 2003;1:117–25.
- [49] Naranjo-Gil D, Hartmann F. How top management teams use management accounting systems to implement strategy. *Journal Manag accounting Res*. 2006;18:21–53.
- [50] Robert M. Groves, Don A. Dillman, John L. Eltinge RJAL. *Survey Nonresponse*, 2001. 520 p.
- [51] Linda J. Sax, Shannon K. Gilmartin ANB. Assessing Response Rates and Nonresponse Bias In Web And Paper Surveys. *Res High Educ*. 2003;44(4):409–32.
- [52] Fang, J., Wen, C., & Prybutok V. An assessment of equivalence between paper and social media surveys: The role of social desirability and satisficing. *Comput Human Behav*. 2014;(30):335–43.
- [53] JR R. Qualitative marketing research theory and practice. *Australas J Mark Soc Res*. 2009;1(17):7–27.
- [54] Groves M, Dillman Don A., Eltinge John L. LRJA. *Survey Nonresponse*, Robert. Wiley; 2001. 520 p.
- [55] Toutlemonde Fabien. *Les établissements de santé - édition 2017* [Internet]. Paris; 2017.
- [56] Cycyota CS. What (Not) to Expect When Surveying Executives: A Meta-Analysis of Top Manager Response Rates and Techniques Over Time. *Organ Res Methods*. 2006;9(2):133–60.
- [57] Moisdon J-C. Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation. *Droit et société*. 2012;1(80):91–115.
- [58] Guilhot N, Claveranne J-P, Vanhove S. Entre crises et réformes, la lente émergence de la gestion à l'hôpital de Beaujeu du 16^e au 20^e siècle. *Entrep Hist*. 2012;(69):49–64.

- [59] Jarzabkowski P, Fenton E. Strategizing and Organizing in Pluralistic Contexts. *Long Range Plann.* 2006;39(6):631–48.
- [60] Eisenberg EM. Strategic ambiguities: Essays on communication, organization, and identity. *Strategic Ambiguities: Essays on Communication, Organization, and Identity.* 2007. 1-312 p.
- [61] Eisenberg EM, Witten MG. Reconsidering Openness in Organizational Communication. *Acad Manag Rev.* 1987;12(3):418–26.
- [62] Denis J-L, Langley a., Rouleau L. The power of numbers in strategizing. *Strateg Organ.* 2006;4(4):349–77.
- [63] Abernethy MA, Stoelwinder JU. The Relationship between Organisation Structure and Management Control in Hospitals: An Elaboration and Test of Mintzberg’s Professional Bureaucracy Model. *Accounting, Audit Account J.* 1990;3(3):18–33.