



HAL
open science

**Évaluation des nouvelles configurations
organisationnelles dans le secteur de la santé :
proposition d'un cadre d'analyse à partir de la théorie
ancrée et de monographies de sites.**

Isabelle Hirtzlin

► **To cite this version:**

Isabelle Hirtzlin. Évaluation des nouvelles configurations organisationnelles dans le secteur de la santé : proposition d'un cadre d'analyse à partir de la théorie ancrée et de monographies de sites.. Journées des économistes de la santé français, Dec 2019, Poitiers, France. hal-02400330

HAL Id: hal-02400330

<https://hal.science/hal-02400330>

Submitted on 9 Dec 2019

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.

Journées des Economistes de la Santé Français du 4 au 6 décembre 2019

Évaluation des nouvelles configurations organisationnelles dans le secteur de la santé : proposition d'un cadre d'analyse à partir de la théorie ancrée et de monographies de sites.

Isabelle HIRTZLIN

**Centre d'économie de la Sorbonne (CES), 106-112 boulevard de l'hôpital, 75013 Paris,
isabelle.hirtzlin@univ-paris1.fr**

Mots clés : théorie ancrée, monographies, organisation des soins

1. Introduction

Les réformes introduites par les pouvoirs publics dans le système de santé visent généralement à accroître son efficacité et la satisfaction des patients. Elles impliquent de plus en plus souvent des changements majeurs faisant évoluer les frontières des organisations et encourageant une coopération forte des acteurs. On peut citer à ce titre le virage ambulatoire, notamment en chirurgie introduit à partir de 2010, la mise en place de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) depuis 2016, le développement de nouveaux modes de prise en charge hors les murs (comme l'HAD) à l'horizon 2018, ou encore l'article 51 de la LFSS 2018 dont un des objectifs est d'améliorer les parcours des usagers, via notamment une meilleure coordination des acteurs ; et, enfin le projet gouvernemental intitulé « ma santé 2022 », qui entend décloisonner l'organisation des soins via la coopération ville-hôpital. Les changements souhaités sont souvent accompagnés d'incitations financières de la part des pouvoirs publics et de mesures d'accompagnement (appui logistique et de conseil via l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) pour les établissements de santé, programmes de formation, programmes de constructions d'infrastructures ...).

La plupart de ces réformes sont introduites à petite échelle durant une phase d'expérimentation, puis vient le temps de l'évaluation avant l'éventuelle généralisation des expériences positives. Les évaluations des expérimentations conduites ex post reposent alors sur des indicateurs de succès ou d'échec assez frustrés (taux de chirurgie ambulatoire par région, évolution de l'activité en HAD, nombre de GHT ayant finalisé leur projet médical de territoire...) servant à remplir des tableaux de bord destinés à être pilotés par les Agences Régionales de Santé. Ces indicateurs de nature bureaucratique ne permettent toutefois pas de retracer les changements réalisés au sein des organisations participantes, et surtout, le chemin emprunté et les difficultés rencontrées pour y parvenir. Ainsi, la méconnaissance du processus qualitatif qui a conduit une organisation à se transformer interdit toute amélioration du dispositif incitatif ex post à partir de l'expérience du terrain (identifiant les facteurs clés d'échec ou de succès). La phase de diffusion de l'innovation organisationnelle à l'échelle du territoire devient alors aléatoire, et, trop souvent, on en reste au maintien quelques expérimentations qui perdurent et deviennent un facteur d'hétérogénéité pouvant conduire à amplifier, au lieu de les réduire, les difficultés d'accès aux soins.

De plus, les outils d'évaluation économique actuellement utilisés par les économistes de la santé reposent trop souvent exclusivement sur des études mettant en regard le coût de la mesure par rapport aux indicateurs d'efficacité ou d'utilité (HAS 2011). Ces travaux s'avèrent souvent pertinents mais, là encore, ils ne permettent d'approcher que très imparfaitement les mécanismes ayant permis par exemple une transformation majeure sur un site ; et donc de proposer de manière prescriptive des solutions financières ou organisationnelles pour les autres organisations.

L'objectif de cette communication est de proposer des indications méthodologiques pour mener des études organisationnelles en utilisant la méthode dite de la « théorie ancrée » ou « enracinée » (grounded theory) couplée à une analyse par monographies de sites, et de l'illustrer par trois expériences d'études conduites par l'auteure en 2015 et 2017 pour la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH). Dans les trois cas, il s'agissait notamment d'élaborer des recommandations à destination du décideur (Direction Générale de l'Offre de Soins) et des participants.

2. Présentation des trois études réalisées

Depuis 2012, à la demande de la DGOS, la Haute Autorité de santé (HAS) s'est engagée avec l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) dans un programme de développement de travaux et d'outils destinés à aider les établissements de santé et les professionnels de santé à augmenter la part de l'activité chirurgicale réalisée en ambulatoire, tous actes confondus. La HAS a notamment développé un logiciel dit de « *microcosting* » qui permet aux unités de chirurgie ambulatoire (UCA) de calculer le coût de réalisation d'un geste chirurgical donné en chirurgie ambulatoire et de le comparer aux recettes perçues. L'objectif de l'outil était de permettre non seulement à un établissement utilisateur de calculer le coût complet instantané du geste considéré (en euros), mais également de simuler la variation du coût unitaire du geste étudié, en fonction du volume de patients traités ou de nouvelles modalités d'organisation (extension des horaires d'ouverture par exemple). Le logiciel de microcosting a pu être réalisé grâce à une étude monographique fine dans deux services de chirurgie ambulatoire (un public et l'autre privé) qui a permis de détailler les différentes étapes de la prise en charge des patients (circuit patient) et les modalités d'organisation du processus de production de soins (accueil, passage au bloc, salle de suivi post interventionnel ...) (HAS, 2015b).

Le traitement du cancer par chimiothérapie peut être réalisé en hospitalisation conventionnelle (le plus souvent lors de séances en hospitalisation de jour), mais également dans le cadre d'une prise en charge en Hospitalisation à Domicile (HAD). Face au ralentissement de la dynamique de croissance de l'activité globale des HAD constatée en France, alors même que l'objectif fixé par le régulateur était un doublement de son activité à l'horizon 2018, le ministère de la santé avait interrogé la HAS sur la pertinence d'encourager le développement de la chimiothérapie en HAD, ainsi que sur les modalités tarifaires et organisationnelles qui permettraient, le cas échéant, d'assurer ce développement. A partir d'une analyse reposant sur cinq monographies de sites d'HAD, la HAS a dressé un certain nombre de constats relatifs aux modalités d'organisation de la chimiothérapie en HAD, puis elle a formulé 18 recommandations destinées au décideur (DGOS, ARS, HAD et établissements prescripteurs) (HAS, 2015a) et des participants.

Le troisième projet consistait en une étude du rôle des départements d'information médicale (DIM). La Loi de modernisation de notre système de santé du (26 janvier 2016) a instauré des groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour les établissements publics. L'information médicale fait partie des fonctions mutualisées et placées sous la responsabilité de l'établissement support. L'étude réalisée visait à présenter l'impact des GHT sur l'organisation et l'activité des DIM. Une enquête qualitative a été effectuée afin de décrire l'état d'avancement de la mise en place des DIM de GHT et d'en identifier les déterminants et conséquences. Quatre DIM de GHT ont été choisis et 16 entretiens semi-directifs y ont été réalisés au printemps 2017 (Le Pors, 2018).

3. Méthodologie

La méthodologie de la théorie ancrée (grounded theory) est une méthode qualitative qui a été conceptualisée pour la première fois par Glaser et Strauss (1967) et appliquée dans une perspective sociologique aux États Unis et a été récemment remise aux goûts du jour par différents auteurs (Morse et al, 2009) et s'est développée dans d'autres champs (marketing et éducation) et est, en médecine, utilisée pour améliorer la qualité des soins en retraçant l'expérience patients et/ou la position des

professionnels de santé (Chapman, 2015). Elle est aujourd’hui utilisée mondialement, mais reste assez peu connue en France, et n’est que très rarement utilisée par les économistes, alors qu’elle a toute sa place pour analyser les phénomènes de recomposition et de partenariats entre les organisations (Yancey Martin 1986). Cette approche peut bien entendu être complétée par des méthodes quantitatives ou les outils d’évaluation standards, le cas échéant.

Là où les méthodes quantitatives cherchent à valider des hypothèses préalablement construites via un corpus théorique, la méthode de la théorie ancrée part sans idées préconçues (Yancey, Martin 1986) (Chapman, 2015) sur un phénomène et a comme aboutissement l’élaboration d’une analyse du phénomène observé. Elle permet notamment de catégoriser des réalités diversement observées de manière empirique, d’en trouver les facteurs explicatifs, mais également d’avoir une vision normative permettant par exemple de prédire les facteurs clés de succès ou d’échec d’une mesure ou d’un nouvel arrangement organisationnel. Il s’agit donc d’une méthode qualitative et inductive (Chapman, 2015).

Dans cette communication on soulignera ci-après les différentes étapes méthodologiques nécessaires que l’on illustrera par les cas pratiques présenté précédemment.

4. Résultats

4.1 La mesure/situation à évaluer

Dans un premier temps, il importe de définir clairement le périmètre de l’analyse. En d’autres termes, quelle est la question posée et le phénomène à observer (cf. tableau 1). Cela ne peut se faire que si la situation initiale a bien été décrite et si les attendus de la réforme ou du changement organisationnel sont précisés. Dans ce cadre, il peut être instructif de se référer au rationnel d’une réforme tel que décrit dans la Loi, la circulaire ou tout autre document précisant les attendus d’une réforme. Cet impact peut être national ou local, il peut porter sur un seul type d’acteurs (unités de chirurgie) ou plusieurs (HAD, pharmacie, médecins traitants).

Tableau 1 : Caractérisation des études réalisées

Date publication	Objet	Question posée	Méthodologie	Nombre d’observations sur site
2015	>1000 UCA	Comment développer la chirurgie ambulatoire ?	Monographies et Outil de microcosting	2 UCA
2015	318 HAD	Comment développer la chimiothérapie en hospitalisation à domicile ?	Monographies	5 HAD
2018	135 GHT	Dresser un état des lieux de la mise en place des Départements d’Information Médicale (DIM) de territoire.	Monographies	4 GHT

UCA : unités de chirurgie ambulatoire, HAD hospitalisation à domicile, GHT groupements hospitaliers de territoire.

4.2 Le périmètre de l’étude

Pour connaître le nombre d’organisations ou de sites potentiellement concernés, les sources statistiques peuvent parfois être utiles (HAD, UCA, GHT). Elles sont nécessaires pour décrire le périmètre de l’analyse et peuvent servir de bases d’enquêtes pour les monographies. Elles sont toutefois rarement suffisantes car trop agrégées. Plusieurs sources ou méthodes peuvent être utilisées de manière pragmatique pour identifier la population d’étude (Foley, 2015). Il est parfois nécessaire de mobiliser des articles scientifiques ou de presse qui relatent une expérience, de mobiliser des réseaux sociaux (sociétés savantes, groupes divers...) puis d’utiliser une méthode « boule de neige » en demandant aux

enquêtés eux-mêmes s'ils connaissent d'autres sites/organisations concernées. La population d'étude n'est donc pas a priori figée et peut augmenter au cours de l'analyse (Foley 2015). Le recrutement peut également se faire en partant d'une base d'adresses d'un réseau professionnel, et en envoyant un message pour savoir si les destinataires sont concernés par le dispositif mis en place ou l'organisation à étudier.

Dans certains cas l'échantillon peut être plus ou moins difficile et long à constituer (Foley 2015). Ainsi, par exemple, l'identification des HAD réalisant déjà des chimiothérapies en HAD a nécessité une analyse statistique fine des bases de données PMSI (Couillerot-Peyronnet, 2016) car il n'existait pas de recensement de cette activité. Elle a permis de voir que les séjours ayant une activité de chimiothérapie anticancéreuse étaient concentrés sur quatre régions (Île-de-France, Limousin, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes) qui représentaient 83 % de l'activité, dont l'Île-de-France 51 %. Pour l'étude GHT par contre, la liste des 135 GHT et donc l'objet d'étude était disponible immédiatement. Pour la chirurgie ambulatoire, le recensement exhaustif n'a pas été possible, en raison de pratiques ambulatoires dites de chirurgie « foraine » c'est-à-dire dans une unité de chirurgie classique sans identification d'un circuit patient spécifique.

4.3 La méthode d'échantillonnage des sites à étudier dans les monographies

Une fois le nombre d'organisations concernées identifié (qui peut varier de une dans le cadre d'une expérimentation ponctuelle, à plusieurs centaines), il conviendra d'identifier les sites investigués dans le cadre de l'étude. Plus le nombre d'organisations est grand, plus il sera difficile d'être exhaustif. Il faut donc avoir recours à une méthode d'échantillonnage. Celle-ci peut reposer en utilisant plusieurs méthodes qui vont du tirage au sort lorsque la population est homogène, à la construction d'un échantillon dit « raisonné » permettant de refléter au mieux la population de l'étude. Les critères utilisés peuvent reposer sur la taille des organisations, le lieu géographique, le statut public ou privé, la date de mise en œuvre de la mesure ou d'autres éléments qui peuvent être combinés entre eux. Le principe étant de ne pas sélectionner des lieux ayant tous les mêmes caractéristiques ni les mêmes résultats perçus a priori. Un des facteurs limitants est bien entendu le budget et le temps que les investigateurs pourront consacrer à l'étude (maximum 6 mois à un an en général). En effet, à l'inverse des études quantitatives pour lesquelles le coût de traitement n'est pas directement proportionnel au nombre d'observations, les études par monographies d'organisation ou de sites mobilisent un temps en personnel proportionnel à l'étude réalisée.

L'identification des sites/organisations volontaires pour l'enquête est une étape cruciale. Si dans certains cas, elle tombe sous le sens (site pilote, site expérimental) et il sera donc facile de mobiliser les participants. Dans d'autres cas, il faudra réaliser des efforts importants pour trouver des volontaires et l'échantillon initialement conçu par l'investigateur pourra s'en trouver fortement bouleversé. Ainsi la mobilisation des unités de chirurgie ambulatoire s'est avérée particulièrement ardue car elle nécessitait une disponibilité forte des personnels, par ailleurs engagés dans des processus de prise en charge fortement contraints en temps, relevant d'une organisation avec une forte division des tâches et des flux de patients conséquents. L'enquête n'a donc finalement pu être réalisée que sur deux sites pilotes et a parfois mobilisé trois personnes à temps plein lors de la phase d'observation sur site (HAS, 2015 b).

Durant cette phase, il est essentiel d'expliquer aux potentiels participants les objectifs de la recherche, les attendus et surtout le temps de mobilisation des acteurs, ainsi que l'utilisation des données qui sera faite. Il est possible d'étendre l'échantillon si un type d'organisation n'est pas encore investigué ou que les informations la concernant sont lacunaires. Les investigations s'arrêtent quand toutes les catégories identifiées d'organisation ont bien été décrites et dimensionnées en vertu du principe de saturation (aucune nouvelle donnée n'émergerait en étendant l'échantillon à une organisation supplémentaire) (Foley, 2015). Pour les HAD pratiquant la chimiothérapie, il s'est agi de refléter au maximum la diversité géographique (Bordeaux, Lyon, Limoges et Ile de France) des pratiques dans les sites pratiquant le plus de chimiothérapie. On s'est ensuite focalisé sur l'activité en hématologie car c'est

elle qui constituait la pratique principale de chimiothérapie en HAD. De même, pour les GHT, une volonté de diversification géographique et de types de structure participantes était nécessaire, mais elle s'est rapidement heurtée à un refus de certains participants. Les sites finalement enquêtés étaient autour de Lille-métropole, dans le Vaucluse, la Côte-d'Or, la Haute-Marne et les Yvelines.

4.4 Le matériau de l'étude

Dans notre cadre, l'unité d'analyse est le site dans lequel l'organisation d'un processus a été mis en place. Il faut alors d'abord rassembler le matériau de la monographie de site qui sera utile à la compréhension du phénomène à observer. Il peut s'agir d'une convention de partenariat (entre une pharmacie hospitalière et un établissement d'HAD par exemple), d'un règlement intérieur, d'un rapport ou de statistiques d'activité (nombre et nature des chimiothérapies, nombre et nature des interventions chirurgicales). Contrairement à l'analyse sociologique, il ne s'agira pas de mettre au cœur de l'interprétation du changement en fonction des individus, mais d'utiliser les entretiens pour caractériser les modalités d'organisation ou de mise en œuvre, de décrire les processus de production de soins. L'opinion des individus peut néanmoins être utilisée dans l'identification des facteurs clés de succès ou d'échec (voir infra et tableau 2,3).

4.5 La méthode d'enquête

4.5.1 Interrogation des personnes concernées

Le choix des personnes à enquêter sur le site ou dans l'organisation se fait sur la base d'une typologie des personnes concernées au sens large le plus souvent à partir d'acteurs clés (directeur de l'HAD ou de l'unité de chirurgie ambulatoire, DIM de territoire). Il peut s'agir des personnels de santé directement impliqués dans le dispositif, mais également de celles qui sont indirectement concernées comme par exemple les personnels administratifs ou de direction, des financeurs (mutuelles, patients ou assurance maladie) ou encore des usagers (patients, proches...). Il n'est parfois pas inutile d'écouter les responsables syndicaux ou délégués qui ont la parole plus libre que certains salariés, qui représentent un collectif et peuvent apporter une vision différente de celle de la direction ou des porteurs de projets.

L'interrogation doit se faire en utilisant des guides d'entretiens standardisés, qu'ils n'induisent pas ou n'orientent pas les réponses. Dans ce cadre, les méthodes d'entretiens semi-directifs mis en place par les sociologues sont d'une grande utilité. La durée de l'entretien varie entre 1 heure et 1 heure 30 car il n'est souvent pas facile de mobiliser les participants au-delà (Foley 2015) ;

Un enregistrement puis une retranscription des entretiens avec les personnes interviewées sont essentiels. Une analyse du champ lexicale manuelle ou automatisée peut être conduite quand les entretiens sont relativement nombreux et qu'il est important de percevoir des régularités. Ces entretiens permettront d'alimenter les différents chapitres de la monographie et le cas échéant d'être cités pour appuyer l'analyse de l'évaluateur. Afin d'éviter tout risque de confusion sur les propos ou termes utilisés, une relecture de la retranscription par la personne interviewée est conseillée, ou au moins de la monographie finale. Cette dernière sera ensuite diffusée à l'ensemble des participants qui pourront l'utiliser pour leurs propres travaux, demandes de financement...

4.5.3 Analyse des données fournies par l'organisation

Les données fournies au sein de l'organisation elle-même sont souvent plus riches que les données accessibles publiquement, bien que souvent formellement moins abouties. On peut par ailleurs demander aux organisations de fournir des informations quantitatives sur leur activité et son évolution en plus des rapports d'activité et du bilan social généralement fournis aux enquêteurs. Il faut néanmoins s'assurer de la fiabilité de ces données avant de les utiliser et surtout de leur comparabilité entre les différentes structures qui font l'objet d'une analyse monographique. Le fait qu'elles soient disparates n'est pas un problème, mais il faudra alors préciser leur périmètre pour chaque site afin d'éviter les

interprétations lacunaires ou erronées. Des documents publiés en interne, articles scientifiques ou communication à des congrès peuvent également apporter des informations utiles supplémentaires.

4.5.4 Visite et description des processus et des organisations

La visite sur site s'avère essentielle. Elle permet à la fois de connaître les acteurs impliqués dans les dispositifs, d'identifier des facteurs de tension ou d'enthousiasme des acteurs, ainsi que relations interpersonnelles pouvant limiter ou favoriser la réussite d'une transition, mais également de porter un jugement sur les conditions matérielles de déroulement de l'expérimentation (locaux vastes ou exigus, matériel utilisé, voire techniques de production différentes). Il est important de ne pas visiter les locaux à vide, mais pendant les heures de fonctionnement, et d'assister, dans la mesure du possible, à la prise en charge d'un patient par exemple, ou à la réalisation d'un acte technique (comme la préparation puis l'emballage des produits destinés à acheminer les chimiothérapies au domicile des patients).

4.5.5 Évaluation des performances relatives des différents sites

Le critère de jugement doit non seulement porter sur l'atteinte des résultats attendus par la tutelle, mais également sur la satisfaction des parties prenantes par rapport à cette réalisation (professionnels de santé, mais aussi patients ou personnels administratifs). On pourra notamment mesurer l'adhésion des parties prenantes à une réforme et le niveau d'effort nécessaire pour atteindre un résultat.

L'évaluation du dispositif peut se faire sur la base de critères objectifs (constat de mise en place d'une organisation, variation de l'activité ...) mais les acteurs doivent pouvoir se prononcer sur leur perception du dispositif. Les facteurs clés favorisant ou au contraire contribuant à l'échec sont importants à identifier et peuvent dépendre des acteurs. Il est donc important qu'ils puissent avoir une certaine liberté de parole qui ne soit pas soumise au pouvoir hiérarchique. Lorsque ces facteurs se retrouvent dans toutes ou la plupart des sites, il s'agira alors d'un critère explicatif essentiel pour déterminer la réussite ou l'échec du dispositif. A titre d'exemple, le tableau 2 reprend l'analyse des facteurs favorisant pour la chimiothérapie en HAD. On y trouve : la saturation des services de jour, la volonté forte des acteurs de s'engager dans cette activité ainsi que l'expertise en interne, de même que la mise à disposition de moyens matériels (PUI de taille importante, proximité des sites, existence d'une plateforme de coordination. Inversement les facteurs limitant (tableau 3) sont la réticence des professionnels à s'engager sur l'activité, les lacunes dans les systèmes d'information, et les facteurs financiers (non-tarifcation en sus des molécules de chimiothérapie, perte de ressources).

Tableau 2 : Facteurs cités par les sites comme favorisant l'activité de chimiothérapie à domicile.

	Leviers évoqués	HAD CLB	HAD Bagatelle	HAD Santé Service	HAD AP-HP	HADs du Limousin
Facteurs incitant à débiter l'activité	Saturation des services de jour	✓	✓	✓	✓	✓
	Chimiothérapie considérée comme un "produit d'appel" pour les autres activités de l'HAD	✓				
	Implication de la direction de l'établissement prescripteur dans le développement de l'activité d'HAD	✓	✓			
	L'HAD permet une aide psychosociale au patient	✓				
	Volonté des prescripteurs		✓	✓		✓
Facteurs favorisant le développement de l'activité	Expertise oncologique en interne	✓		✓	✓	
	Existence d'une plate-forme de coordination	✓	✓			✓
	Proximité entre les prescripteurs et l'HAD (HAD hospitalière, antenne de l'HAD dans les hôpitaux, distance faible...)	✓	✓	✓		
	HAD de taille importante permettant une solidité financière			✓	✓	
	Rémunération attractive des infirmiers libéraux					✓
	Ressources humaines souhaitant s'investir dans cette activité (accueil très positif de la part des IDE, activité valorisante)	✓	✓	✓	✓	✓
	HAD fonctionnant avec des libéraux	✓			✓	✓
	PUI de taille importante		✓	✓	✓	
	Centralisation des préparations				✓	

Source : Monographies, Chimiothérapie en HAD, HAS, 2015a

Tableau 3 : facteurs cités comme limitant le développement de l'activité de chimiothérapie en HAD.

	Frein évoqué	HAD CLB	HAD Bagatelle	HAD Santé Service	HAD AP-HP	HAD Limousin
Freins organisationnels	réticence des médecins prescripteurs à prescrire l'HAD	✓	✓	✓	✓	✓
	système d'information		✓	✓	✓	✓
	manque de connaissance des patients concernant l'HAD				✓	✓
	le manque d'expertise oncologique			✓	✓	
	manque d'infirmiers dans certaines zones	✓			✓	
	durée d'administration				✓	
	taille trop faible de l'URC limitant le nombre de préparations produites				✓	
	lourdeur logistique et coordination	✓		✓	✓	
	manque de transmissions entre prescripteurs et HAD				✓	
	difficulté à créer des partenariats avec des établissements prescripteurs		✓			
	centralisation des préparations	✓				
	l'étendue du territoire difficile à couvrir	✓	✓			
Freins financiers	complexité, imprécision et insuffisances du guide de codage			✓	✓	
	coût de la coordination	✓	✓			
	la non tarification en sus de certaines molécules	✓	✓	✓	✓	✓
	facturation d'indus par l'Assurance maladie			✓	✓	✓
	la tarification T2A HAD n'est pas appropriée à la chimiothérapie		✓		✓	
	coût élevé de la chimiothérapie <i>per os</i> (coût direct et indirect [pertes])	✓			✓	
	les établissements hospitaliers n'ont pas d'intérêt financier à recourir à l'HAD, et perdre des ressources tarifaires	✓	✓	✓	✓	✓

Source : Monographies, Chimiothérapie en HAD, HAS, 2015a

L'analyse des coûts de mise en place est déterminante. Il peut s'agir des dépenses engagées par les acteurs, mais également de coûts cachés (comme le redéploiement de ressources nécessaires, l'accroissement du temps de travail ou de productivité non recherché a priori dans le nouveau dispositif) mais il faut également envisager l'impact budgétaire d'une décision pour l'organisation concernée. La valorisation des coûts doit se faire en fonction des systèmes comptables de la structure et non par le tarif/remboursement de l'assurance maladie. Pour autant, la connaissance des coûts de production reste bien souvent lacunaire au niveau des acteurs et doit dans certains cas être analysée spécifiquement dans le cadre de la monographie (cf. étude de micro-costing en chirurgie ambulatoire qui a permis de révéler les coûts aux acteurs et de les faire réagir, notamment par rapport au recettes obtenues via la tarification et au niveau de production nécessaire pour atteindre l'équilibre financier de l'activité). L'analyse tarif/coût en chimiothérapie a permis également de révéler une perte systématique pour l'administration de molécules non tarifées en sus.

4.5.6 Les différents résultats de l'analyse ancrée

Les résultats de l'analyse ancrée ont non seulement pour objectif la description d'un processus, mais également une visée normative qui permet de formuler des recommandations à destination des décideurs ou des sites observés. A titre illustratif, l'encadré 1 présente les recommandations élaborées dans le cadre de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile. Ces recommandations ont été déclinées au niveau national, régional et local. Elles portent sur le périmètre et la nature de l'activité de chimiothérapie à développer en HAD, le renouvellement de la politique tarifaire, l'amélioration de la prise en charge, et les traitements.

Encadré 1 : Recommandations pour le développement de la chimiothérapie en HAD

Au niveau national

- Assurer en priorité une couverture régionale par les HAD, de l'activité de chimiothérapie pour la prise en charge en hématologie, les traitements administrés par voie sous-cutanée, et concernant les populations les plus fragiles (enfants et personnes âgées, personnes souffrant de cancers métastatiques).
- Renouveler le modèle tarifaire afin de le rendre incitatif au développement de la chimiothérapie en HAD et faire en sorte que cette activité ne soit plus déficitaire.
- Mener des actions d'information en direction des patients par l'intermédiaire de leurs associations.
- Améliorer les outils de communication informatique entre les HAD et les établissements prescripteurs, en utilisant les transferts d'information sécurisés.
- Évaluer les dispositifs expérimentaux mis en place dans le cadre de la facilitation de la dispensation des chimiothérapies orales (observance, suivi des patients), afin de définir le périmètre et les éventuelles modalités d'intervention de l'HAD.

Au niveau régional

- Dynamiser le développement de la chimiothérapie par le biais des HAD déjà rattachées ou associées à des établissements de santé ayant une activité en oncologie/hématologie.
- Clarifier les conditions de facturation des cytotoxiques entre la pharmacie à usage intérieure (PUI) et les HAD, en particulier concernant les pertes de produits non réutilisables et les forfaits liés à la préparation.
- Capitaliser sur les expériences réussies, en favorisant le regroupement des informations et des documents déjà produits par les HAD et les établissements prescripteurs ayant une expérience dans le domaine.
- Mener des actions d'information en direction des oncologues/hématologues prescripteurs, afin de leur présenter les modalités de réalisation des chimiothérapies en HAD et de les inciter à développer cette offre avec les HAD du territoire de santé couvert par leur établissement.
- Engager une réflexion sur l'organisation d'une offre de soins en cancérologie structurée d'emblée autour de la prise en charge à domicile via les structures de proximité.
- Encourager la réalisation d'études de bonne qualité méthodologique visant à comparer le bénéfice médical et la satisfaction des patients en HAD versus en HDJ (hospitalisation de jour) pour la chimiothérapie.
- Réaffirmer le rôle essentiel de l'HAD dans l'administration des chimiothérapies lorsqu'elles sont réalisées par voie sous-cutanée et a fortiori intraveineuse de durée d'administration courte.
- Adapter le fonctionnement des PUI pour leur permettre de répondre au mieux à la réalisation des chimiothérapies en HAD.

Au niveau local

- Encourager les personnels des HAD à suivre des formations en oncologie et hématologie.
- Maintenir les modalités de tarification incitatives par les HAD pour les infirmières libérales qui souhaitent s'engager dans cette pratique, en particulier pour les injections nécessitant une présence longue au domicile du patient.
- Évaluer le coût complet de l'acheminement des produits au domicile des patients et sa variation en fonction de l'éloignement du domicile des patients et du transporteur retenu.
- Évaluer le seuil d'activité rendant nécessaire le basculement de l'acheminement vers un transporteur ou des personnels dédiés à cette activité.
- Définir la place du médecin traitant autour du suivi global du patient.
- Mener une réflexion pour alléger la contrainte logistique actuellement imposée au patient à son domicile.

Source : Monographies, Chimiothérapie en HAD, HAS, 2015a

Dans le cadre d'une structure organisationnelle l'analyse ancrée permet également aux membres participants de se rencontrer, de discuter (Yancey Martin, 1986). La perception finale des acteurs peut donc se trouver modifiée par l'étude. En particulier il peut y avoir échange d'expériences, de pratiques entre différents sites d'observation. La lecture des monographies sur la chimiothérapie a par exemple amené les sites à comparer les modes de transport des produits – par l'infirmière ou par un transporteur privé. Mais le travail du chercheur est ici différent de celui du consultant, ce dernier arrivant avec un modèle ou un cadre d'analyse préétabli ou de bonnes pratiques supposées. Ici le résultat n'est pas recherché a priori et émerge de l'analyse des réponses et documents provenant des membres participant à l'étude. Ces derniers peuvent être amenés à se structurer pour les besoins de l'analyse à l'instar d'un groupe d'infirmières qui désigne un représentant pour formuler/résumer la position des infirmières sur les modalités de dispensation de la chimiothérapie à domicile. La nouvelle modalité organisationnelle peut aussi être la source d'échanges entre les acteurs et de modification des conditions de travail que l'analyse devra percevoir. Les DIM ont ainsi évoqué plusieurs conséquences à la mutualisation des DIM de territoire dans les GHT, constatées ou attendues (cf. tableau 4).

Tableau 4 : Impact des DIM de GHT sur les ressources humaines

Conséquences positives des DIM de GHT	Conséquences négatives des DIM de GHT
<ul style="list-style-type: none"> - Moins d'isolement pour le personnel : la mise en place des GHT a accru les échanges entre les DIM, ce qui réduit l'isolement des DIM des plus petits établissements, qui travaillent souvent seuls. - Exploitation de la complémentarité des DIM : la structuration en DIM de GHT permet de mettre en commun les ressources et compétences propres à chacun des DIM d'établissement. De plus, c'est l'occasion pour le personnel de se spécialiser (en devenant, par exemple, le référent d'une filière de soin). - Revalorisation de la fonction DIM : la mise en place des GHT a renforcé la visibilité des DIM auprès des établissements, notamment du fait des nouveaux besoins d'analyse de l'activité à l'échelle du territoire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de la charge de travail - Position ambiguë au sein du GHT : les DIM sont placés à la fois sous la responsabilité de l'établissement support et de leur propre établissement. Leurs interlocuteurs sont plus nombreux, avec des attentes parfois contradictoires. - Perte d'autonomie vis-à-vis de l'établissement support : le DIM de territoire est sous l'autorité fonctionnelle de l'établissement support. Les DIM des établissements parties craignent donc de perdre toute autonomie.

Source : Le Pors C., Lê-Leplat C., Hirtzlin I., (2018)

5. Conclusion

Il est souvent difficile de généraliser les constats effectués sur quelques observations, dans le cadre de monographies, à l'ensemble d'une population de sites ou d'organisations, l'échantillon observé n'étant pas significatif au sens statistique du terme. Pour autant, des régularités peuvent être observées dans les discours des participants ou sur les documents étudiés. Des facteurs clés de succès ou au contraire des limites fortes peuvent alors être identifiées et servir de base de recommandations multiples au niveau de la politique à mettre en œuvre (voir HAS (2015a)).

La construction d'une interprétation peut dans ce cadre être ensuite soumise à un processus de vérification (Chapman, 2015). Il permet de voir si une organisation non encore investiguée répond aux

prédictions. Il s'agira ici de tester la robustesse des hypothèses formulées. La non vérification peut alors conduire à l'émergence d'un nouveau jeu d'hypothèses (Chapman 2015).

La méthodologie de la théorie ancrée et la réalisation de monographies s'avèrent être particulièrement pertinentes pour analyser les politiques de santé qui intègrent des changements organisationnels. Elles fournissent un cadre descriptif et normatif alternatif aux méthodes d'évaluation coût-résultats et devraient être plus systématiquement utilisées par les économistes de la santé, en particulier lorsque les innovations dans la prise en charge engendrent des changements organisationnels significatifs.

Bibliographie

Couillerot-Peyrondet AL, Leclerc S, Hirtzlin I, Rumeau-Pichon C. (2016) **Analyse de l'activité de chimiothérapie anticancéreuse en hospitalisation à domicile à partir du PMSI-HAD**, Santé Publique, 3 (Vol. 28), pages 341 à 352.

Foley G, Timonen V. (2015) **Using grounded theory method to capture and analyse health care experiences**, Health services research, 50 (4), August.

Glaser BG, Strauss AL. (1967) **Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research**. Chicago: Adline, 1967.

HAS (2011) **Choix méthodologiques pour l'évaluation économique**, Octobre.

HAS (2015a) **Conditions du développement de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile** – Rapport et monographies.

HAS (2015b) **Construction d'un outil de microcosting en chirurgie ambulatoire** – Méthodologie et résultats des sites pilotes.

Le Pors C., Lê-Leplat C., Hirtzlin I., (2018), **Conséquences de la mise en place des groupements hospitaliers de territoires sur les départements d'information médicale**, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Elsevier Masson.

Morse JM, Stern PN, Bower JCB, Charmaz K, Clarke AE (2009) **Developing grounded theory-The second generation**, Left Coast Press.

Chapman AL, Hadfield M, Chapman CJ, **Qualitative research in healthcare: an introduction to grounded theory using thematic analysis**, JR Coll Physicians, Endinb, 2015 45:201-5, p. 201-5.

Yancey Martin P., Turner BA (1986), **Grounded theory and organizational research**, The journal of applied behavioral science, volume 22, number 2, pp. 141-157.