



HAL
open science

Identification de freins organisationnels et culturels à la démarche gestionnaire dans l'hôpital public français. Le cas des outils de gestion de la satisfaction du patient

Caroline Merdinger-Rumpler

► To cite this version:

Caroline Merdinger-Rumpler. Identification de freins organisationnels et culturels à la démarche gestionnaire dans l'hôpital public français. Le cas des outils de gestion de la satisfaction du patient. Journal d'Economie Médicale, 2008, 26 (3), pp.127-139. 10.3917/jgem.083.0127 . hal-04122962

HAL Id: hal-04122962

<https://hal.science/hal-04122962>

Submitted on 8 Jun 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.

Identification de freins organisationnels et culturels à la démarche gestionnaire dans l'hôpital public français. Le cas des outils de gestion de la satisfaction du patient.

Caroline Merdinger-Rumpler

Laboratoire : CESAG, Université Robert Schuman, Strasbourg

Maître de conférences : Ecole de Management de Strasbourg, Université Robert Schuman, Strasbourg

e-mail : caroline.rumpler@em-strasbourg.eu

Adresse professionnelle :

Ecole de Management de Strasbourg

61, avenue de la Forêt Noire

67085 Strasbourg Cedex – France

Tél : 03.90.41.42.92

Adresse personnelle :

5, rue du général de Castelnau

67000 Strasbourg

Tél : 03.88.23.69.47 / 06.87.15.11.92

Résumé

Cet article identifie les principaux freins organisationnels rencontrés lors de l'implantation d'outils de gestion de la satisfaction du patient (SP) en s'appuyant sur une démarche de recherche-action réalisée dans un centre hospitalier universitaire français. Les principaux blocages mis en évidence concernent quatre types de facteurs : des facteurs d'environnement, organisationnels, politiques et socio-culturels. Il apparaît que la conception et la mise en œuvre des outils de gestion de la SP dans les établissements de santé doivent dépasser la dimension de la mesure pour intégrer une dimension organisationnelle. Ainsi, le dispositif de gestion de la SP doit être inscrit dans une réflexion permettant d'articuler les niveaux institutionnel et opérationnel de l'hôpital. Par ailleurs, l'enjeu primordial de l'implication effective du corps médical dans cette démarche est souligné et ce tout particulièrement dans le contexte actuel de transformation des pouvoirs et missions des médecins au sein de l'hôpital.

***Mots Clés* : Satisfaction du patient, Qualité hospitalière, Hôpital public français, Freins organisationnels**

Abstract

This article investigates the obstacles to the implementation of patient satisfaction (PS) management tools in a large university hospital in France. The main factors appear to be the external environment, the internal organisation, as well as political and socio-cultural aspects. The design and implementation of PS-management tools should not focus only on measurement, but also on the hospital's organisation. Hence, the PS-management system should combine institutional and operational aspects. Furthermore, in a context of changing powers and tasks for physicians in hospitals, their involvement is an essential factor.

***Key Words*: Patient satisfaction, Health Quality, French public hospital, Organizational obstacles**

Introduction

Sous la pression d'une forte demande sociale, l'hôpital est amené à considérer le patient comme un acteur à part entière du processus de production de soins. Deux mouvements de fond sont à l'origine de cette évolution. Le premier renvoie à une pression croissante des pouvoirs publics et des tutelles visant à améliorer l'écoute par les établissements de santé de leurs différents publics. En particulier, l'écoute des patients est rendue obligatoire par la mesure de leur satisfaction contenue dans la démarche d'accréditation, puis de certification, rattachées à l'ordonnance d'avril 1996 et à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients. La seconde tendance de fond concerne l'émergence d'un consumérisme de santé se traduisant par le développement du mouvement associatif d'information et de défense des droits des patients, mais aussi par la croissance de sites internet consacrés aux informations médicales et médico-légales. Et pourtant, malgré ces pressions, force est de constater que l'hôpital public français reste une organisation marquée par de réelles difficultés de mise en place des outils de gestion relatifs à la satisfaction du patient hospitalisé (SP).

S'appuyant sur les résultats d'une recherche-action (RA) conduite dans un centre hospitalier universitaire (CHU), cet article identifie différents types d'obstacles à la mise en place d'outils de gestion relatifs à la SP. Le choix de la RA comme méthode de recherche est présenté et justifié dans un premier temps. Puis les principaux résultats sont exposés mettant en lumière les freins et obstacles identifiés. Finalement, la discussion propose des pistes à explorer dans la perspective d'amélioration des outils de gestion de la SP dans les établissements publics hospitaliers français.

1. Méthode

Les données sur lesquelles se fondent cet article sont issues d'une RA conduite pour aider à la conception et à la mise en œuvre d'outils de gestion de la satisfaction du patient hospitalisé dans un CHU français.

1.1. Le choix d'une approche méthodologique de RA

La RA est une approche de recherche posant le changement du système social comme un moyen d'élaboration de connaissances sur un système (1, 2, 3). Elle se fonde sur une coopération étroite entre le chercheur et l'organisation, marquée par l'inscription du chercheur dans l'action. Le principal atout de la RA réside dans la possibilité d'observer des stratégies et des dispositifs de gestion en cours de construction dans la mesure où le chercheur y est associé par la maîtrise d'un savoir-faire d'intervenant dans les organisations (4). Ce dernier part de situations et problèmes concrets qu'il essaye de comprendre

pour construire un dispositif d'intervention en référence à un cadre théorique. Les connaissances produites sont issues de l'interaction forte avec le terrain et sont de deux ordres : pratiques et scientifiques. En premier lieu, le chercheur coproduit avec l'organisation des savoirs pratiques, des savoirs « pour » les praticiens, actionnables au sens d'Argyris, c'est-à-dire en rapport avec les problématiques que rencontrent réellement les acteurs de terrain et effectivement appropriés par elles (5). En second lieu, le chercheur vise la production de connaissances et savoirs « sur » le thème exploré, production à visée scientifique et principalement destinée à la communauté académique.

1.2. La conduite du projet de RA

Le CHU au sein duquel s'est déroulé la RA se situe parmi les dix CHU les plus importants en activité de soins après les 3 assistances publiques (Paris, Lyon et Marseille)¹. Le chercheur a été amené dans le cadre de son travail doctoral à accompagner pendant quatre ans (2001 à 2005) la réflexion portant sur le développement d'un outil de suivi de la SP menée au sein du CHU par la direction de la qualité et la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU)². Les objectifs de terrain sont de deux types. Le premier objectif porte sur la construction d'indicateurs de pilotage intégrant la dimension SP. Le second objectif touche à la définition et à la mise en œuvre d'actions correctrices permettant d'améliorer la prestation de santé perçue par le patient. Les objectifs théoriques de la recherche doctorale portent à la fois sur l'exploration du concept de SP en milieu hospitalier et sur l'identification des mécanismes en œuvre dans le processus de prise en compte de la SP par un hôpital public français. Le déploiement de la RA a nécessité des interactions avec deux catégories d'acteurs : des patients et des acteurs du milieu hospitalier public français, internes ou externes au CHU d'expérimentation. Les nombreuses interactions avec les acteurs hospitaliers ont permis des modes de recueil de données très variés auprès de différentes catégories de personnels au sein du CHU d'expérimentation et des responsables qualité dans d'autres établissements hospitaliers (tableau I).

Deux niveaux d'interaction internes au CHU d'expérimentation ont été retenus :

- un niveau d'interaction avec un service clinique (service de chirurgie de court séjour) dans lequel l'investigation de la SP est réalisée. Ce service réalise des interventions en chirurgie maxillo-faciale, en

¹ Chiffres clés CHU d'expérimentation en 2005 : 2462 lits dont 1920 lits en MCO, 698 714 journées d'hospitalisation; 796 464 consultations externes ; 610 millions d'euros de dépenses d'exploitation ; 9 417 postes en ETP dont 1953 postes de médecins en ETP.

² La commission de conciliation a été transformée en commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge par la loi du 4 mars 2002 qui a redéfini sa composition et ses attributions.

chirurgie plastique reconstructive et esthétique. Il est caractérisé par une DMS (durée moyenne de séjour) de 4 jours, deux modes d'admission : admission programmée (4/5ème des admissions) et en urgence (1/5ème), des patients volontaires pour un geste opératoire et des patients en situation de non-choix dans une proportion respectivement de 2/3 et 1/3 et la coexistence des deux secteurs privé et public. Le chercheur a, dans un premier temps, réalisé une phase exploratoire qualitative auprès de patients (40 entretiens en face-à-face), ayant permis d'explorer le mode de formation de leur satisfaction et d'identifier des éléments de service susceptibles d'y contribuer. Dans un second temps, une phase exploratoire quantitative (administration et recueil de 230 questionnaires exploitables) a permis d'explorer le concept de SP ainsi que de tester un outil de calcul des contributions des éléments de la prestation de santé à la SP, le modèle tétraclasse de Llosa (6).

- un niveau d'interaction avec la commission de relations avec les usagers, très active dans ce CHU. Le chercheur a participé aux réunions plénières et restreintes pendant 4 ans, soit 22 réunions. La CRU a constitué le groupe de pilotage du projet de recherche et à ce titre, le chercheur lui a présenté ses propositions d'investigation dans le service clinique pour discussion et validation. Les résultats du travail mené ont permis de faire adopter par la CRU un dispositif global de suivi de la satisfaction du patient, intégrant au niveau institutionnel l'utilisation d'une échelle de mesure validée au plan des qualités psychométriques (l'échelle Saphora-MCO (7) a été préconisée pour ce CHU avant que le projet COMPAQH³ ne le retienne pour ce thème) et au niveau opérationnel le recours à des outils plus ciblés dont l'utilisation ponctuelle permet de répondre à des interrogations et problématiques spécifiques. A cet égard, le modèle de calcul des contributions des éléments de service à la SP testé dans la phase quantitative est retenu pour répondre aux besoins ciblés de services demandeurs.

Ce large déploiement de la recherche vise essentiellement à relativiser les données recueillies pour tenter de palier, par leur croisement, aux subjectivités des sources et des interprétations : on parlera, à l'instar de Savall et Zardet, « d'inter-subjectivités croisées » (8).

Le chercheur a suivi les règles prescriptives formulées par Wacheux (9) pour orienter le travail d'analyse pendant la phase empirique et portant sur :

³ Le projet COMPAQ (Coordination pour la Mesure de Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière) est initié et financé principalement par la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins du ministère de la santé) en collaboration avec la HAS (Haute Autorité de la

- la codification de toute information collectée dans une base où les données sont organisées selon deux critères (le critère temps avec l'insertion des données dans la chronologie des événements et le thème théorique auquel elles se rattachent),

- la tenue d'un journal de la recherche qui enregistre quotidiennement l'activité du chercheur. Le journal de recherche occupe une place centrale dans notre dispositif méthodologique car il permet de garder trace de la réalité perçue face à l'objet de recherche. Il mémorise chronologiquement trois grands types de données : les actions du chercheur sur le terrain, les réactions (verbales ou comportementales) des différents acteurs avec lesquels le chercheur a interagi, le recensement de toutes les intuitions, tentatives d'explications, remarques et convictions du chercheur ainsi que leur confrontation avec les éléments théoriques issus de la littérature. Ce journal de recherche constitue ainsi un véritable support d'accompagnement de la démarche de RA et les données traitées dans cet article en sont principalement issues (10).

Un certain nombre d'obstacles ont été rencontrés dans la RA qui, s'ils sont issus de notre terrain d'expérimentation, n'en sont pas moins révélateurs des freins potentiels à la mise en place de ce type de démarche dans les hôpitaux publics en général.

2. Résultats

L'analyse de nos données permet d'identifier quatre grands types de freins susceptibles d'expliquer les difficultés de l'hôpital public à mettre en place des outils de gestion relatifs à la satisfaction du patient hospitalisé. Le premier type de freins résulte de l'influence des contraintes externes émanant de l'environnement socio-économique de l'hôpital. Le deuxième type de freins découle de la configuration organisationnelle de l'hôpital sous forme de bureaucratie professionnelle au sens de Mintzberg (9). Le troisième type de freins concerne plus particulièrement l'évolution du rôle et de la place du corps médical au sein de l'hôpital et le quatrième porte sur la conception qu'a le corps médical des missions hospitalières et de la prestation de santé.

2.1. Une organisation sous contraintes

Le premier type de freins réside dans la multiplication des projets transversaux au sein des établissements hospitaliers et la difficulté croissante d'accès à certaines ressources stratégiques.

2.1.1. La multiplication des projets transversaux au sein de l'hôpital

Santé) avec une mise en œuvre confiée à l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche

L'hôpital est soumis à des nombreuses influences externes émanant des tutelles et de l'environnement socio-politique et apparaît comme une organisation en réforme permanente : introduction du PMSI, accréditation-certification, 35 heures, T2A, plan hôpital 2007, nouvelle gouvernance... Cette succession de réformes entraîne une sédimentation de couches de projets de transformation dont l'accompagnement est pour le moins réduit et le résultat rarement à la hauteur des objectifs fixés initialement. La multiplication des projets transversaux, en particulier les projets visant à développer les outils de gestion, engendre de fortes tensions organisationnelles et constitue de ce fait un frein à leur mise en œuvre.

2.1.2. Des difficultés d'accès à certaines ressources stratégiques

Tout au long du processus de RA, il est apparu que la difficulté actuelle de l'accès aux ressources humaines stratégiques, en l'occurrence certaines spécialités médicales comme par exemple la chirurgie et l'anesthésie ou encore les compétences d'infirmiers qualifiés, constitue un obstacle majeur à l'adaptation de l'hôpital public français aux évolutions de son environnement. Il apparaît clairement que le manque chronique de personnel qualifié pour assurer les tâches liées au cœur du métier de l'hôpital, aux « core-competences » au sens de Hamel et Prahalad (11), constitue un frein à la mise en œuvre de démarches ne se situant pas strictement au centre des savoirs professionnels médicaux.

2.2. Une configuration organisationnelle bipolaire

La RA menée au sein du CHU a mis en évidence la bipolarité de la configuration organisationnelle du CHU autour de deux niveaux, que nous désignons respectivement par « institutionnel » et par « opérationnel ». Le niveau institutionnel comprend le sommet stratégique (la direction générale) et la technostucture (l'ensemble des directions administratives), pour reprendre la terminologie de Mintzberg (12), auxquels s'ajoute la CRU, groupe de pilotage du projet SP dans le cas de notre RA. Le niveau opérationnel correspond à la partie-clé du modèle de la bureaucratie professionnelle de Mintzberg : le centre opérationnel. Il s'agit des services d'hospitalisation qui sont les lieux de « production » de la prestation de service hospitalier à l'origine de la satisfaction du patient. L'un des freins majeurs au développement des outils de gestion que nous avons rencontré réside dans la coordination de ces deux niveaux organisationnels (entre les professionnels eux-mêmes et entre les professionnels et la structure administrative de l'hôpital) et dans la coexistence de deux logiques hiérarchiques. Cette double logique institutionnel/opérationnel se traduit tout particulièrement par la différenciation des objectifs poursuivis

par ces deux catégories d'acteurs. Ainsi, le niveau institutionnel dans notre RA poursuit deux objectifs. Le premier est énoncé au début de la RA par la direction de la qualité et porte sur la définition et la construction d'un outil de suivi de la SP permettant aux acteurs opérationnels de mettre en œuvre des actions correctrices visant à augmenter la qualité perçue par le patient (et donc sa satisfaction). Le second émane de la direction générale, s'est précisé au fur et à mesure du déroulement de la RA, et vise à définir des indicateurs de pilotage stratégiques basés sur la SP permettant de suivre la façon dont l'organisation intègre la dimension « client ». Quant au niveau opérationnel, les objectifs de la direction du service d'hospitalisation volontaire auprès de la direction de la qualité pour participer à ce projet de recherche émergent au fur et à mesure du déroulement de la RA et peuvent être énoncés selon deux axes : aider à une meilleure compréhension du concept de satisfaction du patient sur un plan académique et accueillir un projet de recherche universitaire dans un domaine connexe au domaine médical. Finalement, nous n'avons réalisé qu'en cours de recherche que la direction du service d'hospitalisation se situait, au niveau de ses objectifs, sur un versant exclusivement « recherche ». Le manque de consensus sur les objectifs entre les deux niveaux institutionnel et opérationnel n'est véritablement apparu que lorsqu'il s'est agi pour le service d'hospitalisation de s'engager effectivement dans une démarche de changement basée sur la prise en compte des perceptions et des évaluations recueillies auprès de ses patients. Cette expérience de recherche illustre les difficultés à communiquer et à coopérer entre les deux niveaux de l'organisation hospitalière traditionnelle marquée par deux logiques hiérarchiques, administrative d'une part et professionnelle d'autre part, et par des objectifs divergents. Ceci constitue, en notre sens, un frein important pour les démarches d'implantation d'outils de gestion au sein de l'hôpital public.

2.3. L'évolution du rôle et de la place du corps médical à l'hôpital

Soumis à un faisceau de contraintes externes, l'hôpital se transforme et passe d'un rôle passif de « lieu de mise en œuvre de l'offre de soins » à un rôle plus actif dans la conception et dans la gestion de son offre de soins. Afin de s'adapter à son environnement concurrentiel, sanitaire, géographique et social, il se doit de passer d'une logique d'administration à une logique de management stratégique (13, 14). Une des conséquences en est la transformation des rapports de pouvoir au sein de l'hôpital avec la montée en puissance du pouvoir du directeur et de l'administration hospitalière, incarnant la culture gestionnaire perçue comme une menace à l'autonomie et au pouvoir du corps médical (15).

Parallèlement à ces tensions intra-organisationnelles, la profession médicale hospitalière connaît une profonde mutation par la transformation de la figure du médecin exerçant son art en toute autonomie vers un médecin faisant partie d'un processus complexe l'obligeant à remplir de nouveaux rôles. Les contraintes de contrôle budgétaire et de contrôle de l'activité médicale le poussent à intégrer la dimension économique. Les contraintes légales et réglementaires récentes le poussent à intégrer une dimension sociale de responsabilité de la qualité des prestations de santé à l'égard du corps social, en particulier des patients. Les médecins hospitaliers éprouvent des difficultés à se positionner par rapport aux évolutions de leur environnement professionnel, de leurs missions au sein de l'hôpital ainsi que du mode d'exercice de leur profession. Ils expriment un certain désarroi, un malaise, face aux mutations de leur profession et peinent à intégrer les pratiques médicales dans une dimension économique et sociale. La question fondamentale qui se pose est celle de l'intérêt du professionnel à s'engager dans la voie du changement. En effet, les médecins interrogent un système qui les pousse à évoluer, à remettre en cause les fondements de leur pratique (pouvoir, autonomie ...) sans leur offrir de leviers adaptés. La perception qu'ils ont de leur situation de médecin hospitalier public apparaît plutôt dégradée que ce soit en référence à son évolution dans le temps ou à sa comparaison avec la situation du médecin exerçant en ville ou en clinique privée. L'évolution de la profession médicale hospitalière vers l'intégration de nouvelles dimensions économiques et sociales qui ne font pas partie de sa culture professionnelle traditionnelle suscite ainsi de nombreuses réticences, voire des résistances, qui freinent assurément la démarche gestionnaire à l'hôpital.

2.4. La conception des missions hospitalières et la définition de la prestation de santé par le corps médical

La RA menée au sein du CHU d'expérimentation montre que la prise en compte des demandes, des attentes et de la satisfaction du patient, n'est pas prioritaire par rapport aux dimensions techniques et managériales. Pour illustrer ceci partons des propos recueillis lors d'un entretien avec un médecin : *« Le rôle du médecin n'est pas forcément de satisfaire le patient car les objectifs de l'un et de l'autre ne sont pas les mêmes. Dans bien des cas, il sauve la vie du patient et celui-ci est insatisfait de l'aspect de sa cicatrice. On ne peut pas tout mettre au même niveau ! »*. L'explication donnée par ce médecin au caractère non prioritaire de la satisfaction du patient a consisté à énoncer ses priorités. Tout d'abord, *« la réalisation des gestes et actes médicaux, chirurgicaux et de soins »*, puis la gestion et la prise en compte de contraintes managériales liées à la gestion des ressources humaines médicales et infirmières internes

au service et à la coordination avec des acteurs externes au service pour ce qui touche aux effectifs, horaires et matériels (coordination avec les équipes médicales d'anesthésie et celles du bloc opératoire ainsi que la disponibilité des salles du bloc). En définitive, le patient, en qualité de « client » n'est intégré, le cas échéant, qu'en bout de parcours et il y a une probabilité faible pour que la prestation de santé délivrée réponde complètement à ses attentes et besoins. Freidson (16) montre dans son ouvrage sur la profession médicale qu'il existe un conflit de perspectives latent dans toute relation médecin-malade. Le médecin s'inscrit dans une culture « professionnelle ». Il perçoit le malade et ses besoins selon les catégories de son savoir spécialisé. Attaché à son autonomie professionnelle, le médecin entend définir lui-même le contenu et les formes du service qu'il lui rendra. Le malade, en revanche, perçoit sa maladie en fonction des exigences de sa vie quotidienne et en accord avec le contexte socio-culturel qui est le sien. Il a sa propre définition du problème et développe une culture « profane » différente de la culture « professionnelle » du médecin. Pour Freidson, le médecin hospitalier est « dépendant de ses confrères » lorsqu'ils lui adressent leurs malades. Chez lui, la culture professionnelle l'emporte sans partage sur la culture profane. Comme le souligne Mintzberg (10), l'autonomie dont disposent les professionnels d'une bureaucratie professionnelle, ici les médecins, permet, voire encourage l'ignorance des besoins des clients. Pour cet auteur, ceci n'est pas rare lorsque le professionnel est entièrement absorbé par des préoccupations techniques et que « par amour pour son art, il en oublie les besoins réels de ses clients ».

La conception des missions du corps médical axée sur la dimension technique des soins et sur la dimension managériale de coordination des activités et pratiques entre les professionnels conditionne fortement la définition de la prestation de santé par le corps médical. Elle ne correspond pas à celle qu'en a le patient car elle n'intègre pas les éléments tangibles liés aux aspects hôteliers ou encore les éléments organisationnels du processus de prise en charge du patient, qui ne relèvent pas systématiquement, pour les médecins, de la mission de l'hôpital public. Pour illustrer ce propos, prenons un exemple tiré d'une réunion de la CRU. Lors de la présentation par le service de la qualité des résultats annuels des traitements des commentaires libres des questionnaires de sortie, certains médecins membres de cette commission ont réagi : « *Ils ne parlent que de bouffe ...* », « *Nous ne sommes pas une agence de voyage* », « *Ils n'ont rien d'autre à faire quand ils sont hospitalisés, pourquoi l'attente pose-t-elle un problème ?* » ou encore « *Les patients viennent ici pour se faire soigner, c'est tout ce qui compte* ».

Ces réactions illustrent bien les freins culturels liés à la conception des missions de l'hôpital public et de la profession médicale ainsi que la définition faite par le corps médical de la prestation de santé et de la place et du rôle du patient. Ainsi, la culture professionnelle du corps médical hospitalier ne l'amène pas à intégrer le point de vue du patient comme un facteur susceptible d'interroger ses pratiques et, partant, ne favorise guère le développement et l'implantation d'outils de gestion de sa satisfaction.

3. Discussion

En synthèse, les freins identifiés au développement de la démarche gestionnaire en matière de prise en compte de la SP à l'hôpital relèvent principalement des quatre types de facteurs identifiés (d'environnement, organisationnels, politiques, socio-culturels). Ces résultats sont exploratoires et fortement liés au contexte de notre recherche. En effet, le choix de se positionner au sein d'un service d'hospitalisation particulier ainsi que l'option méthodologique retenue de la RA permettent d'accéder à des informations très riches ne pouvant toutefois prétendre à identifier l'exhaustivité des freins à la démarche gestionnaire de prise en compte de la SP. Un autre choix méthodologique aurait sans doute apporté un éclairage différent et peut-être mis l'accent sur d'autres dimensions restrictives. A cet égard, une piste de recherche future consisterait à tester nos résultats qualitatifs avec une approche méthodologique quantitative permettant de dégager des éléments significatifs sur un plan statistique.

Il n'en reste pas moins que les résultats qualitatifs obtenus permettent de proposer des pistes à explorer afin d'améliorer l'efficacité des outils de gestion de la SP. La première piste porte sur la conception et la mise en place d'un dispositif de gestion de la SP articulant les logiques institutionnelles et opérationnelles telles qu'elles ont été définies plus haut. La seconde piste porte sur l'enjeu de l'implication effective du corps médical dans ce type de démarche.

3.1. L'articulation des logiques opérationnelles et institutionnelles dans le dispositif de gestion de la SP

La configuration organisationnelle de l'hôpital en deux niveaux, institutionnel et opérationnel, marqués par la poursuite d'objectifs différenciés et un contexte de transformation du pouvoir et des missions de la profession médicale hospitalière freine la diffusion d'une culture gestionnaire et pose très concrètement des problèmes de conception et de mise en place d'outils de gestion de la satisfaction du patient à l'hôpital. Si l'on se situe dans une optique managériale, l'outil de gestion de la satisfaction doit délivrer une information « opérationnalisable », qui puisse être acceptée et utilisée par les acteurs impliqués au

niveau institutionnel et au niveau opérationnel. Si cet objectif général est globalement accepté par l'ensemble des acteurs, c'est dans la spécification du caractère « opérationnalisable » que les deux logiques se différencient, nécessitant des approches spécifiques et articulées.

Pour le niveau institutionnel, le caractère « opérationnalisable » de l'outil de gestion de la satisfaction doit répondre à deux impératifs : un impératif de mesure et un impératif de production d'une information synthétique, découlant tous deux de la culture managériale et de son mode de prise de décision. Ainsi, la direction de l'hôpital a besoin d'informations chiffrées afin de communiquer et de négocier avec les tutelles, en particulier avec les ARH. Par ailleurs, il est indispensable de synthétiser l'information en un nombre restreint de données claires, simples à comprendre et à utiliser. Nous pouvons rappeler ici la réaction du directeur général d'un CHU de France lors d'une réunion de la Conférence de Directeurs de CHU de France consacrée à la mesure de la satisfaction. Il rapporte l'existence dans son hôpital d'une enquête de satisfaction annuelle réalisée auprès des patients hospitalisés et témoigne des difficultés rencontrées pour interpréter les résultats. En effet, il lui est extrêmement difficile de les utiliser pour prendre ou orienter ses décisions en raison du nombre trop important d'informations produites et de son sentiment « d'être noyé sous les chiffres ». Ces deux impératifs, de mesure et de production d'une information de synthèse, sont indispensables à la construction d'indicateurs permettant au niveau institutionnel d'intégrer la dimension du patient dans les processus de prise de décision et d'action stratégiques.

Pour le niveau opérationnel, le caractère « opérationnalisable » de l'outil de gestion de la satisfaction se situe essentiellement dans un impératif de production d'une information intégrant la dimension du patient et utile pour la prise de décision et pour l'action. Si la mesure et la production d'une information de synthèse restent importantes à ce niveau, c'est surtout au niveau de l'implication des professionnels dans la mise en place de l'outil et dans l'appropriation des résultats pour l'action que se situe l'enjeu.

Ces réflexions nous conduisent à préconiser un dispositif de recueil et de gestion de la satisfaction du patient articulé autour de deux volets complémentaires, aux caractéristiques différenciées. Le volet institutionnel doit, en notre sens, se doter d'outils quantitatifs standardisés et validés afin de faciliter les échanges avec l'extérieur (ARH, HAS, ...) et la comparabilité inter-sites et inter-établissements. Il existe en France quelques échelles validées. Peuvent être citées, à titre d'exemple, le questionnaire Saphora-MCO (7), l'échelle de qualité des soins (17,18) et le questionnaire pour les patients en consultations (19)

développés par l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris et quelques échelles développées par d'autres équipes hospitalières en France (20, 21). Ces outils sont à mettre en œuvre de façon suivie avec un recueil continu ou périodique des données auprès des patients permettant à l'ensemble des décideurs de disposer d'un outil produisant des indicateurs globaux susceptibles d'être intégrés dans un tableau de bord de pilotage stratégique de l'établissement de type tableau de bord prospectif (22, 23). Le volet opérationnel se situe au niveau du service d'hospitalisation (ou du pôle d'activité) et doit en notre sens privilégier le recours à des outils définis en fonction des problèmes et des objectifs concrets des acteurs impliqués. L'élaboration d'outils ad hoc, quantitatifs ou qualitatifs, ponctuels ou inscrits dans la durée, permet de développer des investigations adaptées au contexte et à ses spécificités et assure certainement une meilleure compréhension des phénomènes locaux et une pertinence accrue dans la production d'informations utiles à la prise de décision managériale opérationnelle.

A cet égard, la nouvelle gouvernance⁴, instaurant de nouvelles instances hospitalières avec une redéfinition de leurs prérogatives réciproques constitue certainement une opportunité de développement et d'amélioration de la relation institutionnel/opérationnel, grâce à ses trois nouveaux dispositifs :

- la séparation des rôles de contrôle et de gestion entre le conseil d'administration et la nouvelle instance de gouvernance, le conseil exécutif,
- l'instauration au sein du conseil exécutif d'un véritable pilotage médico-économique au travers de la parité direction/médecins,
- la contractualisation entre les pôles d'activités et la direction médico-économique, représentée par le directeur et par le président de la CME, formalisant l'articulation entre les logiques institutionnelles et opérationnelles.

Si la lettre des textes laisse supposer une amélioration de l'articulation institutionnel/opérationnel, la principale limite réside dans la manière dont les différentes catégories d'acteurs des établissements de santé sauront concrètement la mettre en œuvre, interroger leurs cultures professionnelles propres pour initier et inventer de nouvelles logiques organisationnelles par des mécanismes d'apprentissage.

3.2 La nécessaire implication du corps médical

La seconde piste à explorer porte sur la nécessité d'intégrer les professionnels, en particulier le corps médical, dans la démarche de conception et de mise en œuvre des outils de gestion de la SP et ceci surtout

⁴ Ordonnance du 2 mai 2005 et décrets du 5 mai 2005.

pour les outils du volet opérationnels. Cette condition s'avère un préalable indispensable à la véritable prise en compte par les professionnels des résultats produits par les outils de gestion de la SP dans une optique d'amélioration de qualité de la prise en charge du patient susceptible de remettre en cause les pratiques professionnelles. En effet, les freins constatés montrent que les professionnels médicaux des services d'hospitalisation ne se positionnent pas d'entrée de jeu comme partie prenante d'une démarche de suivi de la satisfaction du patient. L'enjeu de la construction et de la mise en œuvre d'un outil de gestion de la satisfaction du patient hospitalisé est double. Il s'agit non seulement d'arriver à capter les perceptions du patient, à mesurer sa satisfaction et l'évaluation qu'il opère de la qualité de la prestation, mais aussi, et peut-être surtout, d'arriver à mobiliser les professionnels dans une démarche « qualité-marketing » d'écoute de leurs patients et de remise en cause éventuelle de leur pratique. La certification des pratiques professionnelles contenue dans l'évolution des démarches qualité à l'hôpital, alliée à l'évolution du mode de gouvernance des hôpitaux marquée par l'émergence de nouvelles instances de pilotage comme le conseil exécutif et les pôles de gestion, sont autant de facteurs de remise en question des missions et conceptions de la profession médicale par les médecins susceptibles de faciliter l'évolution socio-culturelle attendue du corps médical.

Conclusion

Cet article identifie les freins organisationnels rencontrés lors de l'implantation d'outils de gestion de la SP dans un CHU. Les principaux blocages mis en évidence concernent quatre types de facteurs : des facteurs d'environnement, organisationnels, politiques et socio-culturels. Il apparaît à l'issue de cette expérimentation que la conception et la mise en œuvre des outils de gestion de la SP dans les établissements de santé doivent dépasser la dimension de la mesure pour intégrer une dimension organisationnelle de transformation des structures et des pratiques. Ainsi, le dispositif de gestion de la SP doit être inscrit dans une réflexion permettant d'articuler les niveaux institutionnel et opérationnel de l'hôpital. L'accent est non seulement mis sur la nécessité de recourir à des méthodes variées et complémentaires de recueil de la SP, mobilisant tant des méthodes dites quantitatives que qualitatives, mais surtout de concevoir le dispositif de recueil et de gestion sur les deux niveaux organisationnels, intégrant leurs spécificités et des objectifs différenciés.

Par ailleurs, l'enjeu primordial de l'implication effective du corps médical dans cette démarche est souligné et ce tout particulièrement dans le contexte actuel de transformation des pouvoirs et missions des médecins au sein de l'hôpital. La difficulté de mobilisation du corps médical dans la démarche de gestion de la satisfaction du patient, tant au niveau de son implication dans l'élaboration et la mise en place d'un dispositif de recueil, que dans son engagement à intégrer les résultats dans ses décisions et actions apparaît en effet comme un des principaux écueils rencontré lors de l'expérimentation menée. Les perspectives de recherche ouvertes par ce travail de recherche portent essentiellement sur cette question fondamentale : comment mettre en place un système de suivi de la SP au sein de l'hôpital dans une perspective d'amélioration de la prestation de santé, supposant une transformation de l'organisation, tant au niveau de ses cultures professionnelles que de ses pratiques ? En d'autres termes, et plus généralement, comment mobiliser le corps médical dans la démarche gestionnaire en cours au sein des établissements hospitaliers français ? Si le cadre de la nouvelle gouvernance, marqué par la volonté d'instaurer un véritable pilotage médico-économique au sein des établissements de santé, vise assurément à favoriser l'articulation institutionnel/opérationnel, c'est certainement dans les modalités de sa mise en œuvre que se situeront les véritables éléments de réponse. Ainsi, la capacité de la direction de l'établissement à réaliser une délégation de gestion encadrée par un système d'information performant et à développer une politique d'intéressement incitative des pôles d'activités semblent aujourd'hui jouer un rôle majeur dans la transformation culturelle du corps médical et son implication effective dans la démarche gestionnaire à l'hôpital.

Bibliographie

1. Lewin K. *Psychologie dynamique. Les relations humaines*. Paris : PUF. 1972.
2. Argyris C, Putnam R, Smith DM. *Action Science : Concepts, Methods, and Skills for Research and Intervention*. San Francisco: Jossey-Bass. 1985.
3. David A. *La recherche-intervention, cadre général pour la recherche en management ?* in *Les nouvelles fondations des sciences de gestion. Eléments d'épistémologie de recherche en management*. David A, Hatchuel A, et Laufer R. Paris: Vuibert. 2000.
4. Plane JM. *Méthodes de recherche-intervention en management*. Paris : L'Harmattan. 2000.
5. Avenier MJ, Schmitt C. *La communication des savoirs actionnables à diverses communautés de praticiens : chaînon souvent manquant dans la recherche*. XIVème Conférence Internationale de Management Stratégique, Angers. 2005.
6. Auteur, 2004
7. Pourin C, Tricaud-Vialle S, Barberger-Gateau P. *Validation d'un questionnaire de satisfaction des patients hospitalisés*. *Journal d'Economie Médicale* 2003;21;3:167-181.
8. Savall H, Zardet V. *Recherches en Sciences de Gestion : Approche Qualimétrique*. Paris : Economica. 2004.
9. Wacheux F. *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*. Paris : Economica. 1996.
10. Nobre T. *Pour une lecture en hypertexte des organisations par le recherche-action : le cas du changement à l'hôpital*, *Finance, Contrôle et Stratégie* 2006;9;4:143-168.
11. Hamel G, Prahalad CK. *Strategic Intent*. *Harvard Business Review* 1989;67:63-76.
12. Mintzberg H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris: Editions d'Organisation. 1982.

13. Contandriopoulos AP, Souteyrand Y. *L'hôpital stratège*. Paris : John Libbey Eurotext. 1996.
14. Crémadez M. *Le management stratégique hospitalier*. Paris : InterEditions. 1997.
15. Nobre T. *Performance et pouvoir à l'hôpital*. *Politique et Management Public* 1999 ;17;3, 71-91.
16. Freidson E. *La Profession Médicale*. Paris : Payot. 1984.
17. Salomon L, Gasquet I, Mesbah M, Ravaud P. *Construction of a scale measuring inpatients' opinion on quality of care*. *Int-J-Qual-Health-Care* 1999;11;6:507-516.
18. Moret L, Pillet N, Lombrail P et Nguyen JM. *Evaluer la satisfaction des patients hospitalisés : une version courte de l'EQS*. *Risques et Qualité* 2004;4:21-28.
19. Gasquet I, Villemintot S et Estaquio C. *Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion if quality of hospital consultation departments*. *Health-Qual-Life-Outcomes* 2004;2;1:43.
20. Labarere J et François P. *Development of a French inpatient satisfaction questionnaire*. *Int-J-Qual-Health-Care* 2001;13:99-108.
21. Nguyen Thi PL, Briçon S, Empereur F et Guillemin F. *Factors determining inpatient satisfaction with care*. *Soc-Sci-Med* 2002;4:493-504.
22. Nobre T. *Management hospitalier : du contrôle externe au pilotage*. *Apport et adaptabilité du Tableau de Bord Prospectif*. *Comptabilité, Contrôle, Audit* 2001;7;2:125-146.
23. Expert P. *La tarification à l'activité*. *Médecine et gestion d'une dynamique nouvelle*. Paris : Berger Levrault. 2004.

Tableau I. Chronologie et étapes de la recherche-action

	Phase exploratoire qualitative (entretiens patients)	Phase exploratoire quantitative (questionnaire patients)	Phase de conception et de mise en œuvre d'un dispositif CHU de suivi de la satisfaction du patient
Contacts internes au CHU d'expérimentation :			
<i>- Direction de la qualité</i>	Contacts réguliers entre chercheur et direction qualité : réunions de travail, échanges par mails, par téléphone		
<i>- Commission des relations avec les usagers (CRU)</i>	Participation régulière du chercheur aux réunions de travail de la CRU – 22 réunions-, présentation du dispositif dans le cadre des visites d'accréditation		
<i>- Service clinique</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Présence dans le service clinique pour les entretiens patients (40) - 1 entretien avec le chef de service - Participation au staff médical (7) - Participation aux transmissions soignantes (12) - Présentation des résultats qualitatifs aux médecins et soignants (2 réunions) 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 entretiens avec le chef de service - Présentation des résultats quantitatifs aux médecins et aux soignants (2) 	
Contacts externes au CHU d'expérimentation :			
<i>- Réunion DG qualité CHU</i>	1 participation (observation)	1 participation (présentation)	1 participation (présentation)
<i>- Responsables qualité de CHU</i>	2 entretiens téléphoniques 1 entretien face-à-face	3 entretiens téléphoniques	