

Université de Montréal

Impacts d'un système d'information dirigeant.  
Une étude de cas.

par

Yves Egli

Département d'administration de la santé  
Faculté de médecine  
Université de Montréal

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
en **santé publique, option gestion des services de santé**

Mars, 2001

© Yves Egli, 2001



W  
4  
U58  
2001  
v.052

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY  
STANFORD BRANCH

1997

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY  
STANFORD BRANCH

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY  
STANFORD BRANCH



1997

Faculté des Études Supérieures

Cette thèse intitulée :

Impacts d'un système d'information dirigeant.  
Une étude de cas.

présentée par :

Yves Egli  
Département d'Administration de la santé  
Faculté de médecine

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Claude Sicotte, président du jury  
Charles Tilquin, directeur de thèse  
Alain Pinsonneault, membre du jury  
Marie-Christine Closon, examinatrice externe  
Lambert Farand, représentant de l'examinatrice externe  
Robert Leblanc, représentant du doyen de la FES

Thèse acceptée le 29 mars 2001

## SOMMAIRE

La présente recherche vise à étudier les impacts d'un système d'information dirigeant (SID). Il s'agit d'une étude de cas ayant recours à la fois à des méthodes qualitatives et quantitatives, effectuée dans un hôpital universitaire. Ce milieu est particulièrement propice en raison de l'abondance de ses dirigeants (médecins et infirmiers chefs, administrateurs) et de la richesse des données qui y sont recueillies. Le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV, ~800 lits, Suisse) a été pionnier dans l'utilisation des technologies de l'information pour la conduite et le contrôle de gestion de l'hôpital. Divers tableaux de bord et instruments de pilotage y ont été implantés pour suivre la situation financière, le taux d'occupation des lits, la charge de travail infirmière, les coûts d'hospitalisation par affection, l'adéquation des journées d'hospitalisation, la satisfaction des patients et du personnel, ainsi que pour établir les budgets, allouer les ressources et adapter les dotations en lits.

Un important matériel a été collecté entre le 1<sup>er</sup> janvier 1994 et le 30 juin 1998 pour documenter les impacts de ces instruments : plus de 2000 points mis à l'ordre du jour, les comptes et les statistiques de l'hôpital, 44 entretiens et questionnaires semi-structurés, des notes personnelles, des relevés d'incidents, des articles du journal d'entreprise, divers documents administratifs internes, etc. L'auteur ayant étroitement participé à la mise en place du SID, plusieurs précautions méthodologiques ont été prises pour éviter des biais de sélection ou d'analyse.

Les études qualitative et quantitative ont permis d'établir et de valider les thèses suivantes :

- a) Le SID a été largement utilisé par les dirigeants du CHUV. Son implantation a été suffisamment contrastée pour que l'on puisse en étudier les impacts.
- b) Le SID a contribué à améliorer la perception des problèmes, indépendamment du type d'instrument utilisé.
- c) Le SID a probablement modifié la nature du rôle des dirigeants en augmentant leur fonction de captation collective de l'information et de négociation, au détriment des tâches de gestion quotidienne et d'allocation des ressources qui ont été partiellement automatisées.

L'étude quantitative a de plus montré que les dirigeants exerçant des fonctions éloignées du terrain ont plus eu recours aux tableaux de bord et de suivi que les autres. Par ailleurs, le



gain de perception a été d'autant plus fort que les tableaux ont été souvent utilisés. L'étude quantitative aboutit à des conclusions mitigées quant à l'impact du SID sur l'influence des dirigeants. Certes, le SID semble avoir contribué à garantir l'équilibre budgétaire et permis d'introduire une plus grande flexibilité budgétaire, mais les écarts constatés en matière de dotation en personnel infirmier sont allés en croissant et un plus grand degré de divagation budgétaire a été constaté. Par ailleurs, le SID paraît n'avoir aucunement contribué à la réussite des 73 projets recensés.

L'étude qualitative a en outre permis d'établir que le SID a stimulé le dialogue entre dirigeants de professions et de niveaux hiérarchiques différents et qu'il a contribué à renforcer le sentiment d'équité dans l'institution. Elle a aussi montré que l'essence de l'information n'est pas avant tout de renseigner les cadres. Elle est constitutive de la culture. Elle forme en soi un langage ; elle met en scène des représentations. Une imprégnation de plusieurs années semble nécessaire pour modifier les cadres mentaux. Par ailleurs, l'étude du cas du CHUV montre que l'implantation d'un SID peut perturber l'ordre établi en obligeant les cadres à clarifier leurs responsabilités et à édicter des règles de gestion qui n'existaient pas auparavant. Le SID a d'abord été perçu comme un intrus ; il doit être apprivoisé par les dirigeants avant d'obtenir leur confiance et produire des effets.

# TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction .....	1
2	Problématique et revue de littérature	
2.1	La problématique.....	3
2.2	Les technologies de l'information.....	7
2.3	Les dirigeants .....	12
2.4	Le cas du CHUV .....	16
2.5	Les questions de recherche.....	21
3	Matériel et méthodes	
3.1	Le cadre épistémologique.....	24
3.2	Le devis de l'étude et la position du chercheur.....	26
3.3	L'étude qualitative.....	29
3.4	L'étude quantitative	
3.4.1	Le cadre général .....	32
3.4.2	La mesure de l'utilisation du SID.....	32
3.4.3	La mesure des résultats .....	33
3.4.4	La mesure des autres variables.....	39
3.4.5	La collecte et la réduction des données.....	41
3.4.6	L'analyse des données.....	44
3.4.7	L'interprétation des données .....	45
4	Résultats et discussion	
4.1	L'implantation du système d'information dirigeant	
4.1.1	La liste des instruments .....	47
4.1.2	Les tableaux de bord et de suivi .....	47
4.1.3	Le suivi des durées de séjour et des dotations en lits.....	50
4.1.4	L'enquête de satisfaction du personnel .....	51
4.1.5	Le suivi de la satisfaction des patients .....	51
4.1.6	L'outil de budgétisation.....	51
4.1.7	L'outil d'allocation interne des ressources.....	52
4.1.8	Les revues d'hospitalisation .....	53
4.1.9	La planification des lits du CHUV .....	54
4.1.10	Le calendrier d'implantation du SID .....	54
4.2	Le matériel collecté .....	56
4.3	L'analyse et la discussion des résultats qualitatifs	
4.3.1	Les résultats généraux .....	59
4.3.2	La consultation et l'implication des dirigeants .....	61
4.3.3	L'exhaustivité et la pertinence des informations.....	62
4.3.4	L'organisation et les règles de gestion .....	64
4.3.5	La fréquence de mise à jour.....	66

4.3.6	Le cheminement de l'information .....	66
4.3.7	L'émetteur .....	68
4.3.8	La transparence.....	69
4.3.9	La fiabilité et la validité de l'information .....	70
4.3.10	L'intérêt de l'information .....	72
4.3.11	Le délai de mise à disposition .....	72
4.3.12	L'accessibilité.....	73
4.3.13	L'assistance .....	73
4.3.14	Les demandes d'aide .....	74
4.3.15	La vérifiabilité et la croyance.....	74
4.3.16	L'intelligibilité.....	76
4.3.17	La disponibilité de l'aide.....	77
4.3.18	Le porte-parole .....	77
4.3.19	La réceptivité.....	78
4.3.20	La culture d'entreprise.....	78
4.3.21	Le dialogue et la prise de décision .....	80
4.3.22	L'équité et l'objectivité .....	81
4.3.23	Les rituels .....	82
4.3.24	Le bruit de fond .....	82
4.3.25	Synthèse et discussion générale.....	83
4.4	L'analyse et la discussion des résultats quantitatifs	
4.4.1	L'utilisation du SID.....	93
4.4.2	Les impacts du SID sur la perception.....	94
4.4.3	Les impacts du SID sur l'influence individuelle .....	100
4.4.4	Les impacts du SID sur l'influence collective.....	102
4.4.5	Les impacts du SID sur le rôle des dirigeants .....	121
5	Synthèse et conclusion.....	125
6	Bibliographie .....	132
7	Annexes	
	Annexe A. Questionnaires.....	x
	Annexe B. Coefficients de corrélation des rangs.....	xvii
	Annexe C. Tableaux de bord et de suivi .....	xviii
	Annexe D. Suivi des durées de séjour et des dotations en lits .....	lii
	Annexe E. Enquête de satisfaction auprès du personnel .....	liii
	Annexe F. Suivi de la satisfaction des patients .....	lvii
	Annexe G. Liste des projets .....	lxvi
	Annexe H. Structure des Hospices cantonaux .....	lxvii
	Annexe I. Distribution thématique des propos des dirigeants .....	lxviii

## LISTE DES TABLEAUX

I	Stratégies d'aide à la décision
II	Les questions de recherche
III	Codage des propositions issues des entretiens
IV	Définition des résultats relatifs à la perception et à l'influence individuelles
V	Exemples de calcul du gain de perception
VI	Thématique institutionnelle
VII	Rôles des dirigeants
VIII	Scores
IX	Sources d'information
X	Problèmes de validité scientifique
XI	Calendrier d'implantation du SID en 1995 et 1996
XII	Calendrier d'implantation du SID en 1997 et 1998
XIII	Description technique des instruments du SID
XIV	Niveaux hiérarchiques et professions des dirigeants contactés
XV	Entretiens et questionnaires
XVI	Nombres de séances et d'objets abordés
XVII	Types de questionnement
XVIII	Liste des thèmes abordés
XIX	Répartition des propos
XX	Degré de perception
XXI	Score d'utilisation et gain de perception
XXII	Score d'utilisation et degré de perception
XXIII	Score d'utilisation et adéquation du degré de perception
XXIV	Corrélation des rangs entre le score d'utilisation et les autres variables
XXV	Gain de perception, fonction du score d'utilisation et de l'éloignement
XXVI	Contribution du SID à l'influence
XXVII	Score d'utilisation et gain d'influence
XXVIII	Degré d'influence et score d'utilisation selon l'adéquation
XXIX	Perception et influence
XXX	Déterminants du degré de réussite (régression logistique – modèle complet)
XXXI	Déterminants du degré de réussite (régression logistique – modèle restreint)
XXXII	Modèle simplifié (régression logistique – une seule variable indépendante)
XXXIII	Association entre la contribution du SID et la probabilité de réussite
XXXIV	Evolution de la thématique institutionnelle (proportions de séances)

## LISTE DES FIGURES

- 1 Cadre général
- 2 Exemple de tableau de bord
- 3 Répartition des incidents d'exploitation du SID (nombre d'incidents)
- 4 Synthèse des propos des dirigeants
- 5 Nombre d'unités ayant consulté les tableaux sur Intranet en 1998
- 6 Sources d'information selon les professions et les niveaux hiérarchiques
- 7 Ecart des charges salariales
- 8 Ecart des autres charges
- 9 Ecart de dotation en personnel infirmier (EPT)
- 10 Comparaison des écarts de dotation des années 1996 et 1998
- 11 Evolution des durées de séjour, par service en 1995
- 12 Evolution de la distribution des durées d'hospitalisation
- 13 Variation des budgets de charges salariales (FS)
- 14 Variation des budgets des autres charges (FS)
- 15 Phénomène de divagation (variations budgétaires)
- 16 Résultats financiers des services cliniques et des services fournisseurs en 1997
- 17 Ajustement des résultats financiers de l'année 1997
- 18 Comparaison des résultats avec et sans réforme
- 19 Cohérence du marché interne
- 20 Scores attribués aux projets
- 21 Evolution du rôle collectif des dirigeants (proportions des séances annuelles)

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
EPT	Equivalents plein temps
FS	Francs suisses
MB	Méga-bytes (million de caractères)
PRN	Projet de recherche en nursing
SIAD	Système d'information d'aide à la décision
SIADG	Système d'information d'aide à la décision de groupe
SIPD	Système d'information pour dirigeants
SID	Système d'information dirigeant

# 1 INTRODUCTION

La société occidentale est aujourd'hui éprise de performance. Cette soif de perfection et d'accomplissement de soi s'érige en système de valeurs. Faut-il s'en inquiéter ?

On peut répondre par l'affirmative, en pensant aux laissés-pour-compte sacrifiés sur l'autel Excellence, aux conséquences humaines et écologiques d'une quête de productivité poussée à l'extrême (MEADOWS et al, 1972<sup>1</sup> ; RIFKIN et HEILBRONER, 1996<sup>2</sup>).

On peut aussi répondre par la négative, en se disant que cette soif est innée et ne conduit pas forcément à la potomanie. La question est alors de savoir si l'humanité est capable de la maîtriser et de la canaliser vers d'autres valeurs ultimes. Une certaine prudence s'impose. La modernité se caractériserait par une individuation de plus en plus marquée, par l'émergence d'une raison instrumentale omnipotente et par un despotisme bureaucratique (TAYLOR, 1994<sup>3</sup>). Autrement dit, l'homme serait en voie d'instaurer un régime technocratique dont il n'aurait plus la maîtrise.

Un dirigeant moderne est enclin à réorganiser, vaincre les résistances au changement. L'essentiel semble être d'imprimer sa marque, quitte à allumer des brûlots pour mieux s'imposer. Cette technique s'appuie aujourd'hui sur une arme autrement plus redoutable : l'information. Quel est le rôle et l'impact des technologies de l'information dans ce jeu singulier ? Comment conserver un certain humanisme dans cet univers ?

Au centre de ce débat se trouve le pouvoir. Pouvoir réagir, pouvoir changer, pouvoir résister, pouvoir susciter, pouvoir diriger. Comment s'assurer que l'entreprise ne se retourne pas contre les hommes (CHANLAT et DUFOUR, 1985<sup>4</sup>) ? Quelle est la véritable nature de la relation entre l'information et le dirigeant ? Le savoir dans ce domaine est encore très limité. Pour répondre à cette question et tenter d'apporter quelques connaissances nouvelles, il convient de trouver un terrain fertile à la fois en dirigeants et en informations.

Le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV, Suisse) réunit cette condition. Près de quatre milles personnes y travaillent, plus de 25'000 patients y séjournent chaque année. Les échanges sont innombrables, que ce soit en termes de prestations fournies, de mouvements de patients ou de flux de ressources. La majorité de ces échanges donnent lieu à des relevés systématiques. Bref, l'information ne manque pas. Par ailleurs, la mise en place d'un système d'information dirigeant s'est faite sur une période suffisamment brève pour créer un contraste perceptible.

La présente étude de cas ne permet évidemment pas de conclure sur les vastes questions évoquées plus haut. Elle devrait cependant contribuer à décrire les réactions d'une société humaine face à l'emprise croissante des technologies de l'information.

Robert Blanché distingue trois états dans l'évolution de l'idéal scientifique :

- a) «une physique de la substance, dont l'instrument intellectuel est le concept générique,
- b) une physique de l'événement, dont l'instrument intellectuel est la liaison causale,
- c) et une physique des relations quantitatives, dont l'instrument intellectuel est la fonction mathématique». (BLANCHÉ, 1975<sup>5</sup>).

La présente thèse s'inscrit à la frontière entre les deux premiers états. A l'évidence, la substance des concepts de dirigeant et d'information mérite d'être clarifiée et vérifiée empiriquement. Par ailleurs, le lien causal reliant ces concepts devrait être éclairci, si possible en identifiant les paramètres susceptibles de le modifier. Cette recherche est avant tout exploratoire ; d'autres études complémentaires seront nécessaires pour élaborer des lois plus générales.

Toute recherche s'appuie initialement sur une thèse issue d'un corps théorique, fut-il restreint :

*«Une thèse est une proposition tenue pour vraie et que l'on s'engage à défendre par des arguments».* (PETIT ROBERT<sup>6</sup>)

L'émergence des technologies de l'information destinées aux dirigeants est cependant trop récente pour que l'on puisse se fonder uniquement sur une revue de la littérature scientifique. Celle-ci a toutefois permis d'orienter les premiers travaux exploratoires en précisant la problématique et en énonçant des recommandations concrètes. La présente recherche est une étude de cas, laissant les questions de recherche ouvertes dans un premier temps. La quête de substance s'est matérialisée principalement par une quarantaine d'entretiens libres auprès de 23 dirigeants de professions et de niveaux hiérarchiques variés. La quête d'explications causales s'est ensuite focalisée autour de quelques questions de recherche, articulées autour de thèses précises. Les méthodes de collecte, de réduction, d'analyse et d'interprétation des données sont multiples et variées. Elles visent à constituer un faisceau de preuves ou d'éléments de preuves fondées sur la force et la spécificité des associations mises en évidence, tout en discutant les éventuels problèmes de validité, de plausibilité et d'antécédence des causes sur les effets. Une synthèse des apports de la recherche conclut ce travail.



## 2 PROBLÉMATIQUE ET REVUE DE LITTÉRATURE

### 2.1 LA PROBLÉMATIQUE

Le développement de véritables systèmes d'information dirigeants est très récent dans le domaine hospitalier. Les connaissances liées aux nouvelles technologies de l'information sont par ailleurs encore lacunaires et souvent contradictoires. Et pourtant, les enjeux ne manquent pas. Quels sont les impacts de ces technologies ? Faut-il investir dans de tels systèmes d'information ? Pourquoi les hôpitaux ne s'en sont-ils pas dotés plus tôt ? Comment réagissent les dirigeants en leur présence ?

Le cas du CHUV est intéressant à plusieurs titres. Jusqu'au début des années 90, l'hôpital était dirigé par un directeur général assurant directement la supervision d'une soixantaine de services. Ancien médecin chef et professeur à la Faculté de médecine, le directeur général disposait d'informations privilégiées provenant de ses pairs. L'administration avait principalement pour rôle d'assurer le bon fonctionnement quotidien de l'hôpital. Les ressources étaient allouées en fonction des demandes sur la base d'intuitions ou d'analyses ponctuelles. Le style de direction était autocratique, l'information rare, les chefs de service concentrés sur leurs tâches médicales. Le corps infirmier était organisé selon la « pyramide bleue »\* : infirmiers chefs d'unités de soins (ICUS), infirmiers chefs de service (ICS) et infirmiers chefs de département (ICD) supervisés par une directrice des soins infirmiers disposant d'une large autonomie.

A la fin de l'année 1991 est entrée en fonction une nouvelle équipe dirigeante encore peu expérimentée. De nouvelles orientations furent alors mises en place. Une plus grande autonomie fut accordée aux chefs de service qui disposaient désormais librement de leurs ressources à condition d'équilibrer leurs comptes. Mais leur tâche ne s'avéra pas facile, puisqu'un programme d'économie fut rapidement mis en place pour réduire globalement les dépenses de 11% sur trois ans<sup>†</sup>. Quatre principes furent retenus simultanément : responsabilité, transparence, subsidiarité et coopération.

Le but de la réforme était de dépasser la vision manichéenne de l'hôpital, dans lesquels les soignants sont soucieux du bien des patients et l'administration veille au respect du budget.

---

\* Allusion à la couleur bleue des badges du personnel infirmier.

† dont 4% furent réinvestis dans des développements.

Etymologiquement, *administrer la santé* signifie «agir au service de la santé», le mot latin *minister* signifiant serviteur. En ce sens, les soignants et le personnel administratif concourent au même but. Par ailleurs, le mode de gouvernance s'est sensiblement modifié.

*«Il s'agit en somme de s'orienter vers une conception du pouvoir qui, au privilège de la loi substitue le point de vue de l'objectif, au privilège de l'interdit le point de vue de l'efficacité tactique, au privilège de la souveraineté l'analyse d'un champ multiple et mobile de rapports de force où se produisent des effets globaux, mais jamais totalement stables, de domination.» (FOUCAULT, 1976<sup>7</sup>)*

Un organisme qui ne partage pas l'information se fige et ne parvient ni à assurer son homéostasie ni à s'adapter. La mobilisation des organes médicaux et administratifs vers un but commun est inconfortable, voire douloureuse. La répartition des pouvoirs devient plus instable, la domination étant assurée par les acteurs capables d'affirmer et d'imposer leur maîtrise des incertitudes les plus cruciales (CROZIER, 1977<sup>8</sup>). La réforme eut pour principal but que les «décisions se prennent là où naissent les problèmes» par les personnes qui connaissent le mieux le contexte, c'est-à-dire les chefs de service. Des compétences larges leur furent octroyées en matière de gestion financière et de personnel. Des mécanismes incitant à la coopération entre les services et les corps professionnels furent imaginés pour éviter la création d'enclaves autonomes ne tenant pas compte des services voisins. Rapidement, des difficultés survinrent. Comment allaient être allouées les ressources ? Comment juger des performances des services ? Qui devait diriger les départements notamment ceux qui regroupaient des services cliniques ? A quelles conditions les chefs de service accepteraient-ils d'assumer la responsabilité financière de leurs activités ? Les infirmiers étant rattachés hiérarchiquement aux médecins chefs de service allaient-ils pâtir de cette nouvelle situation ? Comment allaient être opérés les choix stratégiques ? Estimant que «c'est en avançant que l'on apprend à marcher», les rôles de chacun furent définis grossièrement, les cahiers des charges définitifs n'étant arrêtés que trois ou quatre ans plus tard. D'emblée, il apparut que cette réforme n'était possible qu'à deux conditions : nommer un administrateur par département dont le rôle principal serait d'appuyer les chefs de service dans leurs efforts de gestion et mettre en place un système d'information garantissant une totale transparence. Ce système d'information devait comprendre au moins des informations sur les ressources (personnel, charges et revenus, lits, etc.), sur les activités (prestations de soins, médico-techniques et hôtelières notamment), ainsi que sur les patients (affections, interventions). Des tableaux de bord ont été proposés pour renseigner les chefs de service sur la situation financière de leur service (bénéfice, perte) ainsi que sur l'occupation des lits, la charge de travail du personnel

infirmier et les coûts par affection. Par ailleurs, des enquêtes de satisfaction ont été conduites auprès des patients et des employés en vue de détecter à temps les éventuels problèmes. Enfin, un effort de conception particulier dut être consenti dans le domaine de l'allocation des ressources. En effet, les chefs de service refusaient d'endosser la responsabilité économique des situations sur lesquels ils n'avaient aucune maîtrise. Il fallut donc clarifier les responsabilités, par exemple à propos des patients pris en charge par plusieurs équipes médicales ; un marché interne fut créé pour responsabiliser les professionnels qui recouraient à des investigations ou des traitements fournis par d'autres services ; une assurance risque fut mise en place pour couvrir les charges de patients particulièrement onéreux de manière à éviter tout ostracisme économique à leur endroit ; etc.

Un tel contexte a été très favorable à l'observation des impacts des technologies de l'information. La richesse des données recueillies au CHUV depuis de nombreuses années constituait un terrain précieux pour développer un SID. De très nombreuses données étaient recueillies depuis longtemps, mais elles étaient éparses, parfois contradictoires, les définitions étaient souvent floues, la documentation inexistante et surtout les données n'étaient alors pas véritablement organisées. La structure même de l'hôpital était difficile à déchiffrer tant elle était multiforme : la comptabilité avait la sienne, qui différaient de celle du service du personnel, qui évidemment n'était pas conforme à celles des mouvements de patients ou de la facturation des prestations. De plus, chacun veillait jalousement sur ses propres données.

La décentralisation des pouvoirs de décision et la responsabilisation des chefs de service ont créé par ailleurs une véritable soif d'information. D'un point de vue scientifique, le cas du CHUV est une réelle aubaine. Premièrement, le contraste entre l'absence et la présence du SID est aussi marquée que possible (deux ans pour la conception, 3-4 mois pour la mise en exploitation) ; il est évidemment plus facile dans un tel contexte de s'assurer de l'antécédence de la cause sur l'effet. Deuxièmement, l'implantation du SID n'a pas été motivée par des fins de recherche, ce qui aurait pu en biaiser la perception, mais par des contraintes externes. Troisièmement, le CHUV est un hôpital de grande taille (plus de quatre milles employés) comprenant de nombreux dirigeants aux profils variés. Quatrièmement, l'ampleur du SID est importante, puisqu'il est allé au-delà des quelques indicateurs dont disposent habituellement les cadres hospitaliers :

- a) les indicateurs n'ont pas couvert que le champ financier, mais ont également fourni des informations parlantes sur la charge de travail (surplus ou pénurie), les coûts par patho-

logie (lourdeur, prix de revient, cas extrêmes) et la satisfaction des patients et du personnel par exemple ;

- b) la majorité des informations ont été mises à jour chaque mois, ce qui a exigé un degré d'automatisation et de standardisation des données rarement observé dans les hôpitaux universitaires ;
- c) les informations ont été diffusées régulièrement à plus de 200 cadres hospitaliers, la plupart en toute transparence : chacun a pu consulter les informations de son voisin ;
- d) la plupart des systèmes d'information hospitaliers existants sont fondés sur des requêtes de calculs simples qui ne reflètent pas la répartition réelles des responsabilités et des compétences des cadres. Le SID du CHUV a été construit sur des modèles relativement sophistiqués, nécessaires pour effectuer des prévisions ou des simulations tenant compte des règles de gestion en vigueur, notamment dans les domaines de la budgétisation des salaires et de l'allocation des ressources.

Enfin, j'ai occupé une position d'observateur privilégié en ayant dirigé la conception et l'implantation du SID du CHUV. Malgré l'importance des enjeux, les études sur l'impact des SID sont encore rares, peut-être en raison de la difficulté pour les chercheurs d'avoir accès au fonctionnement intime des entreprises étudiées. Ce statut d'observateur participant présente certes quelques risques, notamment de biaiser les observations, fausser l'analyse ou produire des interprétations douteuses par exemple. Il a donc fallu multiplier les angles d'analyse et prendre de multiples précautions méthodologiques qui alourdissent parfois la recherche. Mais ces inconvénients sont largement compensés par deux avantages primordiaux : j'ai pu avoir directement accès aux dirigeants, particulièrement peu disponibles en milieu hospitalier, et avoir une connaissance intime des qualités et des défauts intrinsèques des instruments mis à disposition.

Comme toute étude de cas, la présente étude est exploratoire ; elle vise à tirer un maximum de connaissances d'une situation riche et complexe. Si elle peut donner des pistes utiles à d'autres chercheurs, elle aura atteint son but.

## 2.2 LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

La technologie est un discours sur les techniques, renvoyant à leurs rapports avec la science d'une part et avec les applications pratiques d'autre part (GALBRAITH, 1968<sup>9</sup>). Elle est aussi l'un des ingrédients essentiels du développement (BOUTAT, 1991<sup>10</sup>). L'émergence des technologies de l'information est évidemment l'un des événements majeurs de cette fin de XX<sup>ème</sup> siècle.

Parmi les technologies susceptibles d'appuyer les dirigeants figurent les systèmes d'information d'aide à la décision (SIAD), les systèmes d'information pour dirigeants (SIPD) et les systèmes d'information d'aide à la décision de groupe (SIADG). Un bref survol de ces technologies permet de se faire une idée de leur application potentielle au domaine hospitalier.

Le SIAD est le fruit de la rencontre de la théorie de la décision et de l'outil informatique. Formellement, il s'agit d'instruments fondés sur une base de données, un modèle et une zone de dialogue (SPRAGUE et CARLSON, 1982<sup>11</sup>). La prise de décision est un processus de pensée et d'action culminant dans un choix de comportement. On distingue classiquement trois environnements décisionnels dans lesquels la théorie de la décision se révèle intéressante : l'incertitude, la complexité et le conflit (MACCRIMMON et TAYLOR, 1976<sup>12</sup>). Selon que l'on privilégie la sphère cognitive (connaître, comprendre, imaginer) ou conative (esquiver, cerner, confronter), il est possible de formuler six stratégies d'aide à la décision, que l'on peut combiner avec les trois environnements décisionnels mentionnés plus haut ; on aboutit ainsi à 18 cas de figures (tableau I), plusieurs d'entre eux pouvant être rencontrés dans le milieu hospitalier et soutenu par les technologies de l'information.

Ainsi, une meilleure connaissance de la situation peut permettre de réduire l'incertitude par exemple en procédant à des enquêtes ou des analyses bayésiennes, pratiquées depuis longtemps en milieu médical (JENICEK et CLÉROUX, 1985<sup>13</sup>). De même, il est courant de recourir à des techniques de classification pour tenter de réduire la complexité de la production hospitalière. Une meilleure connaissance des motivations et des intentions des protagonistes peut être utile pour comprendre les conflits d'intérêt, notamment lorsqu'il s'agit de s'accorder sur des normes de bonne pratique. La plupart de ces techniques seraient facilitées par un recours plus systématique aux technologies de l'information : stockage des données, publipostage automatisé, classification automatique, traitement anonyme des données, etc. L'intérêt des SIAD porte alors surtout sur leur base de données.

La simple connaissance des faits ne suffit pas toujours à préparer une décision : il est souvent nécessaire de procéder à une modélisation pour intégrer les connaissances, com-

prendre le fonctionnement d'un système et simuler l'impact des paramètres de la décision. De nombreux secteurs du savoir médical, tels que l'hématologie clinique, l'infectiologie, la cardiologie ou la réanimation par exemple, sont susceptibles d'être modélisés et de bénéficier de l'appui de systèmes experts. On peut également s'attendre à une intégration des points de vue disciplinaires dans une gestion cohérente de l'hôpital, par exemple pour optimiser la chaîne des urgences, des soins intensifs, du bloc opératoire et des soins continus. L'émergence de SIAD dotés de modèles toujours plus sophistiqués permettrait là également de favoriser l'essor de ces techniques en milieu hospitalier.

L'un des obstacles de la prise de décision réside parfois dans la difficulté d'imaginer toutes les situations possibles ou au contraire de se concentrer sur celles qui sont les plus probables. Or, les situations inattendues ne manquent pas dans les hôpitaux, en raison de la fréquence des urgences et de la difficulté à planifier l'évolution des maladies. Des techniques de relance informatisée permettent de stimuler l'imagination à la manière des techniques de remue-méninges et d'utiliser l'intelligence artificielle pour ne générer que des solutions probables. De tels instruments pourraient être interfacés avec la zone de dialogue des SIAD pour en accroître l'efficacité.

A priori, on peut attendre des SIAD de bons résultats pour les stratégies de décision fondées sur la connaissance, la compréhension et l'imagination dans le domaine de l'administration de la santé (WARNER et al, 1984<sup>14</sup>). L'examen du tableau I laisse cependant deviner que les SIAD sont moins adaptés pour appuyer des stratégies fondées sur l'esquive, l'encerclement ou la confrontation. Le développement des SIADG pourrait répondre, partiellement au moins, à cette faiblesse. La littérature récente suggère leur utilisation pour surmonter les barrières de communication (CHIN et RAO, 1992<sup>15</sup>, DESANCTIS et GALLUPE, 1982<sup>16</sup>, DESANCTIS et GALLUPE, 1987<sup>17</sup>), faciliter la prise de décision en environnement conflictuel (POOLE et al, 1991<sup>18</sup>), pour structurer les séances de remue-méninge (CONNOLLY et al, 1990<sup>19</sup>). La possibilité d'expression d'avis minoritaires entraînerait un débat plus nourri et l'élaboration de solutions alternatives améliorant les décisions (DENNIS et al, 1988<sup>20</sup>). De manière générale, les bénéfices principaux que l'on peut attendre d'un SIADG sont : l'amélioration de la qualité des décisions, l'élaboration d'un plus grand nombre de solutions alternatives, un consensus facilité et une plus grande satisfaction des décideurs (CARLSON, 1989<sup>21</sup>, KRAEMER ET KING, 1988<sup>22</sup>, NUNAMAKER et al 1989<sup>23</sup>).

Tableau I. Stratégies d'aide à la décision

Stratégies	Environnement décisionnel		
	incertitude	complexité	conflit
connaître	enquêtes (SCHLAIFER 1959) <sup>24</sup> analyse bayésienne (BAYES 1763) <sup>25</sup>	classification (POSNER 1963) <sup>26</sup> agrégation (MARSCHAK 1964) <sup>27</sup> expérimentation (BRUNER 1956) <sup>28</sup>	intentions (SIEGEL 1960) <sup>29</sup> motivations (MESSIK 1968) <sup>30</sup>
comprendre	mesure de l'incertitude (ATTNEAVE 1959) <sup>31</sup> , GARNER 1962 <sup>32</sup> , modélisation (BODILY 1985) <sup>33</sup>	modèle systémique (VON BERTALANFFY 1973) <sup>34</sup> morcellement (SIMON 1969) <sup>35</sup>	théorie des jeux (VON NEUMANN 1944) <sup>36</sup> simulation (HERTZ 1968) <sup>37</sup>
imaginer	remue-méninges (OSBORN 1941) <sup>38</sup> synectique (GORDON 1961) <sup>39</sup> , PRINCE 1968) <sup>40</sup>	morphologie (ZWICKY 1969) <sup>41</sup> algorithme relationnel (CROVITZ 1970) <sup>42</sup> Bootstrap (SLOVIC 1971) <sup>43</sup>	jeu de rôle ennemi commun (SHERIF 1966) <sup>44</sup>
esquiver	anxiolyse (ROKEACH 1960) <sup>45</sup> renvoi, délai (BARNARD 1938) <sup>46</sup> dilution captieuse (WOODS 1966) <sup>47</sup>	recherche locale (CYERT 1963) <sup>48</sup> choix à la marge (BRAYBROOKE 1963) <sup>49</sup>	recul (SCHELLING 1960), concession (KOMORITA 1968) <sup>50</sup>
cerner	adaptation (ACKOFF 1970) <sup>51</sup>	dégager l'essentiel (KEPNER 1965) <sup>52</sup> isolement du contrôlable (HOWARD 1971) <sup>53</sup>	maximin (LUCE 1957) <sup>54</sup> coalition (GAMSON 1961) <sup>55</sup> ajustement (LINDBLOM 1965) <sup>56</sup>
confronter		réseaux (SHAW 1954) <sup>57</sup> participation (VROOM 1960) <sup>58</sup> méthode Delphi (DALKEY 1963) <sup>59</sup>	bluff (SIEGEL 1969) <sup>60</sup> menace (INSKO 1965) <sup>61</sup> incitation (SAUERMAN 1972) <sup>62</sup> persuasion (SHAW 1961) <sup>63</sup> vote (BUCHANAN 1962) <sup>64</sup>

Si les SIAD et les SIADG visent avant tout à aider les dirigeants à décider, c'est-à-dire à orienter leurs choix, les SIPD (*Executive information systems* ou *Executive support systems*) sont plutôt destinés à les aider à s'orienter (WALLS et al, 1992<sup>65</sup>). Certains auteurs proposent par exemple de recourir plus systématiquement à la technique dite de l'«élimination par certains aspects» (TODD et al, 1991<sup>66</sup>). Cette technique consiste à filtrer les informations provenant aussi bien de l'intérieur que de l'extérieur de l'entreprise (WATSON et al, 1991<sup>67</sup>), pour les agréger et les présenter sous forme de tableaux de bord. Ces derniers reflètent généralement les points de vue de différents départements dans une «vision panoramique transfonctionnelle» (WETHERBE, 1991<sup>68</sup>). Cela signifie qu'une approche transdisciplinaire, unique pour l'ensemble des professionnels qui travaillent à l'hôpital, est indispensable. Leur rôle principal est de surveiller les opportunités et les menaces, notamment lorsque l'environnement de l'entreprise est turbulent (WALLS et al, 1992<sup>65</sup>). Les SIPD visent deux buts principaux (VANDENBOSCH et HIGGINS, 1996<sup>69</sup>) : confirmer que l'information nouvelle correspond aux modèles mentaux existants (*mental model maintenance*) et vérifier des hypothèses fondamentalement nouvelles (*mental model building*). Cette distinction est analogue à celle de



Piaget chez l'enfant en apprentissage (PIAGET, 1954<sup>70</sup>), qui séparait les processus d'assimilation (maintenance) et d'accommodation (construction).

Dans la présente recherche, nous utiliserons le terme de système d'information dirigeant (SID) comme terme générique englobant toutes ces nouvelles technologies. Ce choix est dû à trois raisons principales :

1. les fonctions actives et passives de la fonction de dirigeant (diriger et se diriger) sont très intriquées : la perception d'un problème dépend parfois des choix à prendre, la décision consiste souvent à demander une exploration complémentaire, etc. ;
2. les SIAD et les SIPD recourent de plus en plus à des technologies informatiques similaires, comportant trois parties : la base de données, les modules de requêtes et les interfaces d'utilisation (paramètres) ;
3. ces systèmes d'information sont susceptibles de se substituer partiellement aux dirigeants, en automatisant certaines de leurs décisions (allocation des ressources par exemple).

Si les années 60 ont apporté les fondements de la théorie de la décision, les années 70 celles de leurs applications technologiques, les chercheurs ont orientés leurs efforts durant les années 90 vers l'évaluation de leurs impacts. Alors que de formidables investissements ont été consentis pour développer ou acquérir ces technologies, notamment en vue d'augmenter la productivité ou l'efficacité des entreprises (MALONE et ROCKART, 1991<sup>71</sup> ; APPLGATE, 1996<sup>72</sup>, BEGUR et al., 1997<sup>73</sup>), les espoirs ont parfois été déçus (WEILL, 1992<sup>74</sup> ; CASCIO, 1993<sup>75</sup>). Mais d'autres impacts peut-être plus inattendus ont été mis en évidence, comme le rôle adjuvant de ces technologies pour faciliter les changements organisationnels (ROBEY et SAHAY, 1996<sup>76</sup>), améliorer la flexibilité de l'entreprise et la qualité des prestations (QUINN et BAILY, 1994<sup>77</sup>), mieux impliquer les cadres intermédiaires (WOOLBRIDGE et FLOYD, 1990<sup>78</sup>), renforcer le ciment social qui lie les membres d'une organisation (EUSKE et ROBERTS, 1987<sup>79</sup>) ou encore stimuler le débat démocratique institutionnel (HIRSCHHEIM et al, 1996<sup>80</sup>).

Pour expliquer cette diversité des impacts, plusieurs chercheurs ont montré qu'il est nécessaire de prêter une attention particulière au contexte organisationnel (BARLEY, 1986, <sup>81</sup>, MARKUS et ROBEY<sup>82</sup>, 1988 ; PINSONNEAULT et KRAEMER<sup>83</sup>, 1997) et que les comparaisons entre différents domaines sont difficiles, car il manque une unité naturelle commune pour mesurer la production (PANKO, 1991<sup>84</sup>). En outre, même si cela peut paraître banal, il s'agit de vérifier que les technologies de l'information sont effectivement utilisées (BERGERON et



al, 1991<sup>85</sup> ; VANDERBOSCH et HIGGINS, 1992<sup>86</sup> ; PINSONNEAULT et RIVARD, 1998<sup>87</sup>). Avant leur adoption, l'image des technologies de l'information dépend surtout de leur visibilité, de leur facilité d'utilisation et des pressions qui entourent leur implantation dans l'institution. Après, c'est surtout leur utilité et leur contribution à l'amélioration de son statut dans l'entreprise qui seraient déterminants (KARAHANNA et al., 1999<sup>88</sup>). En outre, le rythme de l'implantation pourrait modifier l'impact sur une transformation organisationnelle (ROBEY et SAHAY, 1996<sup>76</sup>).

On se rappellera enfin de l'attitude sceptique d'Ackoff qui fustigeait, dans un article célèbre (ACKOFF, 1967<sup>89</sup>), les concepteurs de systèmes d'information de gestion d'avoir fondé leurs efforts sur plusieurs hypothèses douteuses, à savoir : les gestionnaires manquent d'informations, les gestionnaires ont besoin de l'information qu'ils demandent, les gestionnaires prennent de meilleures décisions s'ils obtiennent ces informations et, enfin, les gestionnaires n'ont pas besoin de connaître le fonctionnement des systèmes d'information, mais seulement de savoir les utiliser. L'ancienneté et le style polémique de l'article n'enlèvent rien à la pertinence de ces questions. D'autres chercheurs ont également émis des positions prudentes sur le véritable impact des nouvelles technologies, notamment celles de l'information. Ainsi, les décisions ne sauraient se fonder uniquement sur de l'information : le système de valeur est tout aussi important, notamment dans le domaine hospitalier (OGLESBY, 1985<sup>90</sup> ; BOURGEAULT, 1989<sup>91</sup>). «Que de sagesse perdue en connaissance, que de connaissance perdue en information» observait Thomas S. Eliot suggérant ainsi que la fringale d'informations pourrait être le reflet d'un effritement des valeurs culturelles.

Enfin, on se rappellera qu'il y a peu d'arguments historiques supportant l'hypothèse d'un déterminisme technologique dans l'organisation du travail (WINTER et TAYLOR, 1996<sup>92</sup>) et que les liens entre la technologie et la culture dans l'émergence de nouveautés sociales ne sont pas toujours faciles à élucider (SMITH et MARX, 1994<sup>93</sup>).

Quatre recommandations peuvent cependant être tirées de ce survol de la littérature consacrée aux impacts des systèmes d'information dirigeants :

1. Il convient d'analyser les impacts en fonction des niveaux hiérarchiques des dirigeants
2. Le contexte institutionnel doit être documenté clairement.
3. La recherche des impacts ne devrait pas être limitée à une amélioration de la productivité, mais adopter un point de vue ouvert à d'autres effets peut-être plus indirects.
4. Le degré d'utilisation du SID doit être documenté.

## 2.3 LES DIRIGEANTS

Le terme diriger renvoie à de nombreux vocables apparentés comme gouverner, conduire, administrer, gérer, mener, organiser, régir<sup>6</sup>. Malgré leur proximité sémantique, l'abondance de ces termes révèle un concept d'une grande richesse.

Gouverner, c'est littéralement tenir le gouvernail, imprimer une direction soutenue. Il s'agit essentiellement de fixer et tenir un cap. Conduire, c'est mener quelque part. Là où le premier terme définit une orientation, le second détermine une cible. Le premier prend le risque d'une dérive, le second celui d'un détour. L'acceptation simultanée de ces deux significations implique que le mode de direction importe peu, l'essentiel résidant dans l'intentionnalité, la volonté d'atteindre un but.

Administrer et gérer sont deux termes proches mais difficiles à superposer totalement. L'administration représente l'autorité d'arbitrage, qui défend des intérêts généraux ou institutionnels. La gestion est une notion plus courante dans les entreprises à vocation commerciale. Les verbes administrer et gérer évoquent deux modes de pouvoir complémentaires, respectivement politique et technocratique.

Le contraste entre organiser, mener et régir n'est pas moins instructif. Il y aurait en effet trois manières d'influencer le cours des événements : à partir d'un plan préétabli (organiser), par un accompagnement de chaque instant (mener) ou encore en fonction de règles (régir).

Le dirigeant hospitalier peut évidemment faire intervenir chacune des modalités évoquées, peut-être de manière différente selon son tempérament et sa profession. Dans tous les cas, la variété de ces facettes montre que l'on ne saurait adopter une définition trop restrictive. Toute personne susceptible d'influencer les orientations de l'hôpital peut donc être considérée ici comme dirigeante.

Quelle est la nature du travail d'un dirigeant ? Sur la base d'observations empiriques, Mintzberg a mis en évidence de nombreux rôles (MINTZBERG, 1973<sup>94</sup>). Par exemple, le dirigeant passe du temps à capter de l'information, soit en filtrant les données qui lui parviennent, soit en les sollicitant ; il agit alors comme surveillant (*monitor*). Lui-même produit de l'information en représentant l'entreprise, en écrivant des lettres ou en fournissant des réponses ; il est alors le porte-parole de son entreprise (*spokesman*). Parfois, son activité se limite à disséminer l'information, en la partageant ou en la distribuant à ses collègues ou à ses subordonnés (*disseminator*). Ces trois fonctions peuvent être résumées dans un rôle de gestion de l'information.

Mais le dirigeant ne passe heureusement pas tout son temps à gérer de l'information. Il lance de nouveaux projets (*entrepreneur*), il affronte les pressions externes et les conflits (*disturbance handler*), il fixe des budgets, finance des programmes ou des équipements (*resources allocator*). Tous les jours, il négocie pour faire avancer les travaux, en précisant les objectifs ou demandant de mieux coordonner les actions par exemple (*negociator*). On peut rassembler toutes ces fonctions au rôle de prise de décision.

Enfin, le dirigeant consacre une part importante de son énergie dans les relations interpersonnelles. Ainsi, il participe à des cérémonies, établit des certificats de travail (*figurehead*). Il motive, écoute et encourage ses collaborateurs (*leader*) et maintient des liens forts avec d'autres unités (*liaison*).

D'autres chercheurs ont confirmé la force et l'universalité de ce modèle, montrant que ce sont essentiellement les proportions entre ces rôles qui diffèrent, notamment selon les professions et les niveaux hiérarchiques (KURKE et ALDRICH, 1983<sup>95</sup>).

Une autre difficulté de l'étude des dirigeants provient du fait que ces rôles sont entremêlés. Ainsi, la solution de problèmes passe souvent par un mélange de l'imagination et de l'analyse (CATS-BARIL et HUBER, 1987<sup>96</sup>). Des chercheurs ont ainsi montré que plus on se trouve dans une phase heuristique, plus le crayon et le papier sont performants; plus on se rapproche d'une phase de choix, plus les simulations sur ordinateur deviennent intéressantes (VANDERBOSCH et HIGGINS, 1992<sup>96</sup>). De même, le dirigeant se nourrit à la fois de la séduction des discussions face à face, de l'observation directe que des informations.

Une étude déjà ancienne proposait de mesurer l'influence en demandant aux personnes interrogées de mentionner les noms des personnes qui l'influençaient sur son travail quotidien (BJORN-ANDERSON et PEDERSON, 1980<sup>97</sup>). Mais une telle vision est un peu réductrice, car elle ne tient pas compte de la nature des interactions entre ces personnes ; le pouvoir tient aussi au contrôle du processus de décision, à la gestion des coalitions, à la cooptation d'autres membres influents par exemple (MINTZBERG, 1986<sup>98</sup>). En outre, la capacité d'influence s'inscrit dans une dynamique temporelle ; il y a une adaptation au fur et à mesure du contact avec les autres (GABARRO, 1987<sup>99</sup>).

Par ailleurs, il paraît difficile de mesurer l'influence d'un dirigeant en observant ses décisions. Son action sur la réalité passe par des canaux subtils, diffus et difficile à cerner. Kotter a bien décrit cette difficulté : un dirigeant travaille environ 25% de son temps seul, parfois à la maison ou durant des transports, la stratégie, la planification et la direction d'équipe ne prennent qu'une infime partie de son temps, il pose beaucoup de questions, ne semble pas pren-

dre de grandes décisions, discute souvent de thèmes qui n'ont rien à voir avec son travail (famille, humour) ; il gaspille beaucoup de temps et donne rarement des ordres, il procède plutôt indirectement en questionnant, en cajolant, en persuadant ou en intimidant, de manière généralement disjointe, il n'est pas rare qu'il aborde 10 sujets en cinq minutes (KOTTER, 1982<sup>100</sup>). Le travail du dirigeant est très fragmenté (63% des activités durent moins de 9 minutes), la majorité des interactions se font oralement (KURKE et ALDRICH, 1983), sans trace écrite, rendant ainsi très difficile la documentation de leurs activités.

Ces observations débouchent sur trois nouvelles recommandations, la septième reprenant la première en la complétant :

5. Le dirigeant s'oriente en s'appuyant sur trois sources : l'observation directe du terrain, les communications interpersonnelles et les technologies de l'information. La présente recherche devrait tenter d'isoler l'éventuel gain de perception induit par ces dernières.
6. L'impact des technologies de l'information peut être analysé en différenciant les trois rôles principaux du dirigeant :
  - a) gérer l'information (capturer, diffuser, générer de l'information) ;
  - b) prendre des décisions (innover, gérer, allouer, négocier) ;
  - c) interagir avec d'autres personnes (représenter, encourager, lier).
7. Les impacts devraient être différenciés selon les professions et les niveaux hiérarchiques.

Certains chercheurs se sont demandés si l'émergence des technologies de l'information modifie la répartition des rôles du dirigeant. Cette question est importante, car on peut parfaitement imaginer que l'on améliore certaines fonctions sans augmenter pour autant les performances globales. Ce phénomène a été dénoncé il y a près de dix ans sous l'expression du paradoxe d'Icare (MILLER, 1990<sup>101</sup>). En privilégiant une ou deux activités dans lesquelles ils excellent, les dirigeants d'entreprise risquent de négliger les autres et tomber ainsi de haut, à l'image d'Icare qui s'était brûlé les ailes en se rapprochant trop du soleil. Une étude récente, conduite auprès de 59 cadres intermédiaires de trois entreprises, suggère que ce phénomène pourrait également s'observer dans le domaine des technologies de l'information (PINSONNEAULT et RIVARD, 1998<sup>89</sup>). En privilégiant leur utilisation dans les quelques rôles perçus comme clés de succès, les dirigeants pourraient en effet passer un temps considérable à rassembler les données nécessaires et délaisser les autres rôles. Ce phénomène de spécialisation ne pose pas de problème à l'échelon des individus, mais il présente des risques importants s'il touche des cadres intermédiaires parce qu'il affaiblit leur rôle stratégique

d'intégration (MILLER et CHEN, 1996<sup>102</sup>). Le paradoxe d'Icare serait par ailleurs d'autant plus dangereux qu'il toucherait l'ensemble des dirigeants.

8. Une éventuelle modification induite par les technologies de l'information sur la répartition des rôles du dirigeant devrait être identifiée, notamment dans les instances de coordination.

## 2.4 LE CAS DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS

Nous avons vu plus haut l'importance que peut avoir le contexte institutionnel sur l'impact des nouvelles technologies de l'information. Or, le milieu hospitalier est particulier, plus encore s'il s'agit d'un hôpital universitaire comme le CHUV.

Le CHUV présente une double facette : d'une part, il s'agit d'un établissement dont la vocation de soins est garante de stabilité comme le rappelle l'origine latine du mot *stabilis*, d'autre part, il se mue progressivement en entreprise de services de haute technologie en perpétuelle évolution. Il en résulte une grande diversité des modes de direction. D'un côté, l'hôpital est mené par un corps médical puissant, il est gouverné par des soignants, voire par une « gouvernante comme dans les temps héroïques », et administré par des économistes dont les rôles se limitent généralement à l'intendance. D'un autre côté, le paysage sanitaire change, l'hôpital s'insère désormais dans un réseau de services de soins. Sa survie financière est menacée, ses facultés d'adaptation technologiques deviennent vitales. Pour faire face à ces turbulences nouvelles, l'hôpital est conduit par une direction sûre de ses objectifs, organisé et géré en vue d'équilibrer les comptes. Le haut niveau de qualification des professionnels et la complexité organisationnelle de l'hôpital peut également justifier de desserrer les contraintes bureaucratiques, en instaurant des mécanismes de régulation et d'incitation à la performance (KLEIBER, 1982<sup>103</sup>, Association des Hôpitaux du Québec<sup>104</sup>). La régulation par les prix est malaisée, car ils sont fixés dans un marché de concurrence imparfaite, où les consommateurs se trouvent en situation d'asymétrie informationnelle et ne sont pas censés adopter un comportement rationnel. En conséquence, les ressources sont allouées en fonction de critères divers et souvent discutables. Dans ce contexte, on comprend les réticences des professionnels à s'éloigner d'un environnement institutionnel, dont le principal avantage est d'assurer un minimum d'équité. Cette évolution de l'hôpital, tour à tour établissement sûr de sa légitimité, entreprise soumise aux turbulences de l'environnement, institution soucieuse d'harmonie intérieure, suggère un glissement vers cette autre forme de direction qui consiste à le régir, en le dotant de règles.

L'hôpital génère chaque jour des quantités énormes d'informations. Le degré de spécialisation des services engendre une forte dépendance entre unités. Ainsi, l'hôpital utilise-t-il généralement un système d'information relativement sophistiqué pour gérer ses transactions. Par exemple, une simple prestation de laboratoire donne lieu à une quantité de données : enregistrement de la demande (nature de l'analyse, patient concerné, date de la demande), la transmission du résultat (valeurs du dosage, intervalles de confiance, etc.), facturation de la

prestation, etc. Outre les transactions liées à des échanges de prestations entre unités, le système d'information transactionnels gèrent également les mouvements de patients et les transactions financières. Si l'on y ajoute toutes les données diagnostiques, thérapeutiques et de soins infirmiers, on n'aura aucune peine à mesurer le trésor d'informations que cela représente.

Le monde hospitalier est riche en incertitude et en complexité : les patients présentent des tableaux cliniques variés et souvent énigmatiques, l'activité médicale n'est pas facile à planifier. Parallèlement, on assiste à une spécialisation de la production hospitalière. Les échanges entre unités s'en trouvent intensifiés, les communications s'insèrent dans un tissu formé de nombreux corps de métiers. La structure de l'hôpital devient difficile à cerner, tant les interdépendances sont importantes (GOSSELIN, 1985<sup>105</sup>). Dans un tel contexte, il n'est pas toujours facile d'avoir la vue d'ensemble et d'appréhender l'hôpital dans toute sa complexité. Par ailleurs, le développement des techniques de soins, les attentes croissantes des patients sont toujours plus difficiles à concilier avec les contraintes économiques ; les besoins en soins urgents doivent être mis en balance avec les soins chroniques ou préventifs. Ces situations de conflits potentiels peuvent être surmontées si l'hôpital est de taille modeste et que les relations de travail sont saines. Les risques sont cependant plus importants dans les hôpitaux universitaires, qui peuvent cumuler les handicaps de la taille et des luttes de vanité.

L'hôpital universitaire constitue donc un terrain d'observation idéal pour étudier le lien entre les dirigeants et les technologies de l'information : les dirigeants sont nombreux, ils oeuvrent dans un monde incertain, complexe et potentiellement conflictuel et ils peuvent compter sur des données abondantes. Toutes ces conditions sont nécessaires à la présente recherche, mais elles ne sont pas forcément suffisantes. En effet, l'une des conditions de la recherche scientifique est l'existence d'un contraste, si possible soutenu, dénotant la présence ou l'absence d'un déterminant. Il s'agit donc de trouver un lieu dans lequel les relations entre les dirigeants et les technologies de l'information puissent être contrastées, si ce n'est simultanément, au moins dans le temps. Or, l'hôpital se trouve dans cette situation paradoxale, où une grande quantité de données sont générées quotidiennement, sans que les dirigeants ne disposent véritablement des informations utiles (KLEIBER, 1992<sup>111</sup>). En ayant développé son système d'information dirigeant ambitieux sur un laps de temps relativement court (environ 2 ans), le CHUV est un cas particulièrement intéressant pour étudier les impacts d'un SID.

Si le CHUV constitue un excellent laboratoire d'analyse, il convient également de mettre en lumière ses caractéristiques, notamment en ce qui concerne ses dirigeants et leur utilisation de l'information.

Sis à Lausanne en Suisse, le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) est un hôpital suisse de soins généraux qui couvre l'ensemble des spécialités médicales à l'exception de l'ophtalmologie. Il est pour certaines spécialités le centre de référence pour toute la Suisse romande (plus d'un million d'habitants), par exemple en matière de soins aux brûlés ou de procréation assistée. Disposant de 800 lits environ, il constitue l'un des deux hôpitaux universitaires de soins généraux de cette région. Outre sa fonction universitaire, il assure les soins de haute technologie pour le canton de Vaud, mais aussi les soins hospitaliers de proximité pour les habitants de la région de Lausanne. Il emploie plus de 4'000 personnes, prend en charge environ 30'000 patients par années (hospitalisations et semi-hospitalisations) et offre également des prestations ambulatoires à plusieurs milliers de patients.

Le CHUV comprend une centaine de médecins et infirmiers chefs de service, ainsi qu'une vingtaine de cadres aux niveaux des départements et de la direction de l'hôpital. Par rapport à d'autres types d'organisations, l'hôpital se caractérise par une grande indépendance des professionnels à l'égard des relations d'autorité. Les médecins en particulier se comportent en experts libres, résistant aux règles bureaucratiques, idéalistes et pas toujours attachés à l'institution (SHORTELL et al, 1990<sup>106</sup>) ; à l'opposé, les administrateurs représentent le pôle réaliste, défendent les intérêts de l'institution, prônent des solutions consensuelles (BETTNER et COLLINS, 1987<sup>107</sup>). Cette organisation horizontale peut également devenir un atout : l'institution apprend mieux si le poids de la hiérarchie n'est pas trop fort (OUKSEL et al, 1997<sup>108</sup>). L'hôpital est un système complexe, difficile à maîtriser tant les déterminants professionnels sont importants (MINTZBERG, 1982<sup>109</sup> ; BÉNÉVISTE, 1987<sup>110</sup>). Dans un tel contexte, il est difficile de mesurer l'influence d'une seule personne, le leadership est assumé de manière relativement collective (DENIS et al, 1995<sup>111</sup>). Il paraît également important de noter que l'élaboration du SID est survenue au moment où un nouveau directeur général a été nommé. Or, l'arrivée d'un nouveau directeur est souvent le signe d'un changement stratégique, surtout s'il vient de l'extérieur (WIERSEMA, 1992<sup>112</sup>) et le leader a un impact important sur la formulation et l'implantation des changements dans l'organisation (NAVAHANDI et MALEKZADEH, 1993<sup>113</sup>). Pour promouvoir une vision partagée, les dirigeants s'engagent alors dans un processus interactif de création de sens (DEMERS, 1991<sup>114</sup>).



Quant à l'utilisation de l'information dans le CHUV, on peut l'aborder selon quatre grandes théories de l'organisation.

1. L'école classique privilégie l'information ascendante et la persuasion descendante (TAYLOR, 1911<sup>115</sup> ; FAYOL, 1949<sup>116</sup> ; WEBER, 1947<sup>117</sup>).
2. L'école des relations humaines met en évidence le rôle de l'organisation informelle et des échanges horizontaux à tous les niveaux hiérarchiques (MAYO, 1960<sup>118</sup>, ROETHLISBERGER et DICKSON, 1939<sup>119</sup>, SCHEIN, 1970<sup>120</sup>). On peut également rattacher à cette école les travaux d'autres chercheurs qui ont mis en évidence l'importance d'une culture orale, favorisant l'innovation, les relations interpersonnelles générant des informations dans tous les sens (MCGREGOR, 1960<sup>121</sup>, LIKERT, 1967<sup>122</sup>).
3. L'école décisionnelle met l'accent sur le rôle de l'information dans le processus de décision, avec un fort accent sur la production des messages par la hiérarchie (SIMON, 1945<sup>123</sup>). L'intelligibilité de l'information et le ton persuasif sont alors les déterminants principaux de l'efficacité de l'information.
4. L'école systémique porte son attention sur la contingence, sur les liens entre l'organisation et son environnement (YUCHTMAN et SEASHORE, 1967<sup>124</sup> ; BENSON, 1975<sup>125</sup>)

Le SID du CHUV vise à répondre simultanément à tous ces aspects. Conformément à l'école classique, il vise à faire remonter les faits vers la direction qui à son tour transmet des objectifs, généralement négociés, aux services (budgets, coûts standards, etc.). Fondé sur un principe de transparence, il est accessible à tous les cadres qui le demandent indépendamment de leur appartenance hiérarchique ou de leur service ; en accord avec l'école des relations humaines, il assure ainsi une circulation horizontale de l'information, chacun pouvant connaître la situation de son voisin. L'école décisionnelle n'a pas été oubliée, puisqu'un instrument de simulation a été développé pour faciliter l'élaboration des budgets. Enfin, l'ensemble des indicateurs développés sont intégrés dans un contrat de prestations qui fonde l'évaluation des performances de l'hôpital par les autorités politiques<sup>126</sup>. Cependant, le fait que les informations produites par le SID répondent à de multiples fonctions ne signifie pas que l'analyse des impacts soit homogène. En effet, les dirigeants du CHUV n'ont pas utilisé tous les instruments mis à disposition de la même manière. Par exemple, les instruments de suivi de la satisfaction du personnel ont été avant tout utilisés dans une perspective classique de remontée de l'information ; les tableaux de bord et de suivi ont plutôt servi à nourrir les discussions souvent informelles entre dirigeants ; l'instrument de budgétisation a été presque

exclusivement utilisé à des fins d'arbitrage et de décisions par un groupe plus restreint de dirigeants. Quant au rôle du SID dans les relations avec le monde extérieur, il s'est limité à diffuser des informations aux autorités de tutelle, de manière très ciblée ; aucun instrument n'a toutefois été développé pour mieux insérer l'hôpital dans un environnement toujours plus diversifié et exigeant.<sup>127</sup> Il paraît dès lors indispensable d'expliquer le contenu des instruments qui composent le SID et de différencier si possible les impacts en fonction de leur utilisation.

Il existerait deux manières d'utiliser les technologies de l'information pour partager le savoir (HANSEN et al. 1999<sup>128</sup>). La première consiste à connecter toutes les personnes concernées à une même base de connaissances codifiée, la seconde se limite à faciliter les échanges de conversation autour d'une connaissance tacite ; il serait très difficile de poursuivre les deux stratégies à la fois. Le SID du CHUV s'inscrit clairement dans la première option.

Enfin, il ne faut pas oublier que l'impact des technologies de l'information dépend de leur qualité intrinsèque à répondre aux attentes des utilisateurs (GUNAWARDANE, 1985<sup>129</sup>). A cet égard, on n'oubliera pas que les instruments d'analyse des pratiques médicales sont encore imparfaits et sujets à des biais non négligeables (SICOTTE, 1989<sup>130</sup>).

De ces considérations on peut tirer plusieurs recommandations pratiques pour la présente recherche :

9. Les dirigeants doivent être considérées collectivement. Par exemple, on ne se préoccupera pas de savoir si c'est le chef de service, son adjoint ou son secrétaire qui consulte les informations ; il importe peu de savoir si le directeur de l'hôpital a pris une décision seul ou en consultant son état-major.
10. L'interprétation des résultats doit tenir compte de l'entrée en fonction d'un nouveau directeur général qui pourrait constituer un facteur de confusion.
11. Les impacts doivent être si possible documentés en fonction de l'utilisation des différents instruments et en tenant compte de leur qualité intrinsèque.

## 2.5 LES QUESTIONS DE RECHERCHE

Les technologies de l'information, les dirigeants et l'hôpital constituent les trois centres de gravité de la présente thèse. Cette dernière vise à répondre aux six questions énoncées plus loin (tableau II).

La première question est de savoir si les instruments du SID ont été réellement utilisés par les dirigeants du CHUV (cf. section 2.2, recommandation 4). Il ne s'agit pas à proprement parler d'une question de recherche, mais d'une condition nécessaire à la réalisation de la recherche (nécessité de s'assurer de la présence du déterminant).

Les questions 2 et 3 se rapportent aux effets attendus du SID. De manière générale, nous pouvons supposer que le SID du CHUV renforce la capacité d'orientation de ses dirigeants. Comment mesurer ce renforcement ? La fonction du dirigeant peut s'exprimer sous une forme active - diriger une unité - et sous une forme passive - se diriger.

Diriger, c'est donner une orientation et s'y conformer ; on peut en mesurer l'ampleur par le degré d'influence d'un dirigeant et de son entourage sur le cours naturel des événements. L'influence est d'autant plus grande que des orientations nouvelles ont pu être prises, par exemple en modifiant les budgets des services ou les pratiques médicales. Elle est d'autant plus marquée que l'empreinte de ces modifications est durable, c'est-à-dire que l'on observe pas de divagation et que les nouvelles normes sont réellement appliquées.

Se diriger, c'est s'orienter, réduire l'incertitude ; on peut en mesurer la netteté par le degré de perception. La perception est une opération intellectuelle complexe, consistant à intégrer des sensations dans une représentation. Elle est «une opération de l'entendement, dont les sens fournissent seulement la matière» (ALAIN, 1949<sup>131</sup>). Elle se fonde sur l'information qui « signifie d'abord l'action de donner connaissance d'un fait, en principe utile à celui qui la reçoit » (BERGER, 1992<sup>132</sup>). Mais parmi tous les signaux qui parviennent à notre cerveau, seule une petite partie est amenée à la surface de la conscience. La présence de ce filtre sémiotique permet à notre organisme de concentrer son attention sur quelques anomalies dignes d'intérêt (SPITZ<sup>133</sup>, 1976). Pour cette raison, nous définissons ici le degré de perception par la proportion de problèmes détectés à temps.

Conformément aux recommandations 1 et 7 énoncées plus haut (sections 2.2 et 2.3), l'analyse a été conduite de manière à identifier d'éventuelles différences selon le niveau hiérarchique ou la profession des dirigeants. Par ailleurs, les impacts ont été examinés en considérant collectivement les personnes qui dirigent une même unité (recommandation 9) ;

par ailleurs, le degré d'influence des dirigeants du CHUV a été considéré collectivement s'il s'agit de projets non spécifiques à un service.

De même que la recherche pharmaceutique s'intéresse aux effets secondaires des médicaments, les chercheurs en système d'information suggèrent de s'intéresser aux effets inattendus des technologies de l'information (cf. section 2.2, recommandation 3). Cette question manifeste une ouverture aux surprises qui justifie à elle seule le recours à une étude de cas. Par ailleurs, on notera que les effets inattendus ne sont pas toujours indésirables. Parmi les facteurs de biais, on examinera avec attention le rôle éventuel joué par les réformes introduites simultanément à l'implantation du SID (cf. section 2.4, recommandation 10), ainsi que la qualité intrinsèque des instruments mis à disposition (cf. recommandation 11).

On se rappelle que les dirigeants peuvent être suspectés d'être atteints par le syndrome d'Icare (question 5). Pour examiner si le rôle des dirigeants a été modifié par l'implantation du SID, nous aurons recours à la typologie proposée par Mintzberg (cf. section 2.3 recommandations 6 et 8).

Enfin, cette étude de cas devrait également dégager les implications pratiques pour des recherches ultérieures et pour le développement des SID en milieu hospitalier (question 6).

Tableau II. Les questions de recherche

Questions principales	Questions subsidiaires
<p>Question 1 (condition préalable) :</p> <p>Le SID a-t-il été utilisé par les dirigeants du CHUV</p>	<p>Comment expliquer une éventuelle non utilisation ?</p>
<p>Question 2 :</p> <p>Le SID a-t-il renforcé la capacité de perception des dirigeants ?</p> <p>hiérar-</p> <p>sur</p>	<p>Est-ce que l'impact est différent selon le niveau chique et selon la profession ?</p> <p>Comment expliquer l'éventuelle absence d'impact la capacité de perception ?</p>
<p>Question 3 :</p> <p>Le SID a-t-il renforcé la capacité d'influence des dirigeants ?</p> <p>hiérar</p> <p>a) individuellement</p> <p>b) collectivement</p> <p>sur</p>	<p>Est-ce que l'impact est différent selon le niveau chique et selon la profession ?</p> <p>Comment expliquer l'éventuelle absence d'impact la capacité d'influence ?</p>
<p>Question 4 :</p> <p>Quels ont été les autres effets du SID au CHUV ?</p>	
<p>Question 5 :</p> <p>Le rôle des dirigeants s'est-il trouvé modifié par l'implantation du SID (syndrome d'Icare) ?</p>	
<p>Question 6 :</p> <p>Quelles implications peut-on tirer de cette étude de cas ?</p> <p>a) pour la recherche</p> <p>b) pour le développement des SID en milieu hospitalier.</p>	

### 3 MATÉRIEL ET MÉTHODE

#### 3.1 LE CADRE EPISTÉMOLOGIQUE

*«Que l'homme puisse posséder le Je dans sa représentation, cela l'élève infiniment au-dessus de tous les autres êtres vivants sur la terre. (...). C'est par là qu'il est une personne (KANT, 1798<sup>134</sup>).»*

La primauté du sujet sur l'objet constitue la pierre angulaire des sciences humaines, mais aussi une pierre d'achoppement avec les sciences naturelles. Les sciences humaines sont le plus souvent copulatives : l'homme y est à la fois sujet et objet (GUSDORF, 1974<sup>135</sup>). Dans cette perspective, la science est phénoménologique, c'est-à-dire fondée sur la rigueur subjective. Le sujet et l'objet sont placés dans un rapport d'être, d'échange actif en constant devenir (MERLEAU-PONTY, 1948<sup>136</sup>). La psychanalyse, l'ethnologie, l'histoire sont des disciplines qui ont appris à dégager rigoureusement le sens des phénomènes en portant une attention particulière aux mécanismes de projection, à l'interprétation des rétroactions et à l'importance du contexte notamment (LAING, 1971<sup>137</sup> ; BRAUDEL, 1977<sup>138</sup>).

En revanche, les sciences naturelles sont généralement disjonctives : le sujet et l'objet sont clairement distincts et rendus aussi indépendants que possible. Le sujet et l'objet entretiennent un rapport de connaissance, résultant de l'étude positive de la nature (COMTE, 1907<sup>139</sup>). De ce point de vue, la vérité découle de la rigueur objective. Se débarrasser de l'anthropomorphisme constitue le souci majeur du physicien ou du biologiste, qui se méfie des notions typiquement humaines telles que la finalité ou l'intention par exemple (JACOB, 1982<sup>140</sup>).

Des sciences humaines, on retient la nécessité de clarifier la situation du sujet chercheur. L'auteur de la présente thèse a dirigé l'Office de la planification et de l'évaluation des Hospices cantonaux vaudois. A ce titre, il a été le principal initiateur du SID du CHUV ; il ne peut donc être considéré comme un observateur neutre, insensible aux enjeux liés à la mise en œuvre du SID. D'un point de vue anthropologique, il peut se prévaloir d'une position clé, puisqu'il dispose de trois atouts majeurs : il connaît la langue de la «tribu», il a accès à tous les dirigeants du CHUV et sa connaissance du contexte empêche certaines interprétations abusives. En revanche, il manque du recul nécessaire pour identifier ce qui paraîtrait étrange à n'importe quel observateur externe. De plus, il pourrait être enclin à filtrer certaines données en fonction de ses intérêts propres ou de ceux de son office. Diverses précautions ont

été prises pour éviter de telles distorsions, mais on ne peut les exclure complètement, elles doivent donc être discutées.

Quant aux sciences naturelles, on retient essentiellement l'arsenal méthodologique visant à mettre en évidence des relations causales. Les méthodes en usage en épidémiologie paraissent à ce titre intéressantes, notamment pour analyser et interpréter les données. La validité des liens causaux a été examinée selon les règles usuellement admises (HILL, 1965<sup>141</sup> ; SUSSER, 1973<sup>142</sup> ; ROTHMAN, 1976<sup>143</sup>) :

- en mesurant la force de l'association ;
- en évaluant sa spécificité ;
- en s'assurant de l'antécédence de la cause sur l'effet ;
- en discutant les éventuelles sources de biais ;
- en examinant leur plausibilité.

La présente recherche s'appuie sur deux démarches inductives complémentaires. Une première analyse qualitative vise à esquisser quelques hypothèses hautement probables, tenant lieu de théories (BLUMER, 1969<sup>144</sup>).

*«La recherche du sens doit mettre en oeuvre le sentiment, l'intuition qui permettent d'épouser la germination de la vérité sous les apparences» (GUSDORF 1990<sup>145</sup>).*

Selon la formule de Robert Blanché :

*«L'induction (...) est la remontée plus ou moins aventureuse vers un principe tel qu'il permette ensuite, en partant de lui comme hypothèse, d'en déduire les conséquences expérimentales susceptibles d'en contrôler la valeur, de sorte que, si l'épreuve est favorable, ces faits expérimentaux se trouvent à leur tour interprétés<sup>5</sup>».*

La validation d'un argument inductif repose sur son contenu et passe par la vérification de sa vérité matérielle (COPI et COHEN, 1990<sup>146</sup>). C'est l'objet de la deuxième analyse, quantitative celle-là.

### 3.2 LE DEVIS DE L'ÉTUDE ET LA POSITION DU CHERCHEUR

La présente recherche est une étude synthétique de cas, qui consiste à étudier un phénomène dans son contexte (CONTANDRIOPOULOS et al, 1990<sup>147</sup>).

Une telle étude est recommandée pour étudier le comment et le pourquoi d'un phénomène contemporain, par exemple dans une administration publique (YIN, 1994<sup>148</sup>). Dans cette optique, il est recommandé de multiplier les sources, les évaluateurs, les perspectives et les méthodes (PATTON, 1987<sup>149</sup>). On veillera à cet égard à ne pas tracer de frontières artificielles entre les méthodes qualitative et quantitative qui gagnent à être combinées (STRAUSS et CORBIN, 1990<sup>150</sup>). Selon ces derniers auteurs, une recherche qualitative doit être privilégiée si le phénomène est peu connu et si les détails paraissent intriqués. Il ne faut pas hésiter à recourir à des analogies avec d'autres domaines, à utiliser sa créativité et son intuition liée aux expériences professionnelle ou personnelle. L'essentiel est de conserver une attitude sceptique, de prendre régulièrement du recul ; la rigueur doit surtout se manifester dans la collecte et l'analyse des données. La codification doit être ouverte aux surprises. Un questionnement systématique : qui ? quand ? où ? quoi ? comment ? combien ? pourquoi ? a toute sa valeur dans une étude exploratoire. La taille de l'échantillon n'est pas cruciale ; en revanche, il est important de réunir un matériel suffisamment riche qui donne une impression de saturation permettant de dégager quelques idées maîtresses. Par ailleurs, la signification statistique des résultats doit être documentée si une analyse quantitative est conduite parallèlement.

Comme indiqué en préambule, une étude de cas vise à placer les phénomènes dans leur contexte. A cet égard, il est important de souligner que le développement du SID du CHUV est apparu comme une aventure passionnante mais difficile. La croyance que l'information est le miroir de la réalité était très répandue ; or, il s'est avéré que les informations produites dépendaient souvent plus du regard posé que des faits. Par exemple, il nous a fallu de nombreux mois avant d'être capable de dire si la productivité de l'hôpital était à la hausse ou à la baisse ! Un changement de nomenclature, une nouvelle démarche de codification, une nouvelle typologie des patients, une délimitation plus fine du domaine hospitalier, une clarification des sources de financement : autant de facteurs qui pouvaient faire pencher la balance d'un côté ou de l'autre. Combien de fois n'a-t-on pas entendu : « mais c'est tout faux ! », alors que les données élémentaires et les calculs avaient été dûment vérifiés. Le regard sur les données compte énormément, l'essentiel étant de bien délimiter le domaine couvert. De ce point de vue, l'analyse du fonctionnement de l'hôpital pris dans son ensemble n'est pas



trop difficile. Mais, lorsqu'il est question de responsabiliser chacun sur une parcelle de l'hôpital, on prend mieux conscience des innombrables interactions entre services, qui sont cruciales pour juger des performances de chacun. Il s'agit d'une spécificité du SID du CHUV qu'il convient de conserver à l'esprit lorsque l'on analyse les réactions des dirigeants.

L'impression d'aventure peut aussi s'expliquer par la nouveauté des technologies de l'information. Les applications ont en effet été réécrites de nombreuses fois, en recourant à des techniques toujours plus simples, modernes et rapides. Mais le côté passionnant touchait bien plus au versant social de l'aventure : les dirigeants ne sont pas restés inertes. Certains, parmi les plus réticents au départ se sont laissés convaincre, d'autres sont devenus critiques en voyant leurs ressources diminuer. Ces réactions pouvaient laisser croire à une certaine efficacité du SID. Mais d'autres indices allaient simultanément dans le sens contraire. Combien de fois avons-nous par exemple été sommés de livrer des chiffres, alors que nous avons des doutes sérieux sur leur fiabilité ? La lecture des rapports annuels des services fournissait un autre indice : les statistiques étaient publiées sans analyse et sans portée sur les conclusions. L'information semblait être devenue une denrée sans véritable contenu, participant à une immense rituel dont on pouvait se demander quelle était la signification. Qui dit aventure passionnante dit suspense ! Le SID était-il vraiment utilisé ? Quel était l'impact réel de ces instruments ? Compte tenu de la taille de l'hôpital et de ces signes contradictoires, seule une étude de cas rigoureuse et systématique permet de documenter l'emprise réelle du SID.

La position d'observateur participant constitue à cet égard un avantage certain pour comprendre le fonctionnement d'une institution de cette taille et pour trouver des explications aux observations contradictoires ou paradoxales (LEWIN, 1947<sup>151</sup> ; SCHEIN, 1987<sup>152</sup>). De telles recherches action peuvent également être recommandées dans le domaine des études qualitatives sur les technologies de l'information (BENBESAT et al, 1987<sup>153</sup>, BASKERVILLE et PRIES-HEJE, 1999<sup>154</sup>). Comme mentionné plus haut, le fait que l'auteur ait été étroitement lié à l'élaboration du SID constitue aussi un risque de biais. Bien qu'il n'ait pas de raison a priori de favoriser une hypothèse plutôt qu'une autre – sa carrière professionnelle n'étant pas liée à l'impact du SID – des mécanismes d'attention sélective ou d'interprétation abusive ne peuvent jamais être totalement écartés, une attention particulière a été prêtée aux méthodes de collecte et de réduction des données : restitution intégrale des observations, réduction rigoureuse des données (JENICEK, 1985<sup>13</sup>) ; par ailleurs, les résultats ont été systématiquement discutés pour examiner si la position d'observateur actif pouvait influencer sur leur interprétation. Lors de la restitution des résultats, il est recommandé d'enlever le matériel qui n'est pas

vraiment concluant ; mais cela ne signifie cependant pas que le doute doive être banni d'une thèse : il peut également avoir des vertus de persuasion (WOLCOTT, 1990<sup>155</sup>). Dans l'incertitude, le matériel a été restitué dans son intégralité pour ne pas prêter le flan à la critique d'une attention sélective.

### 3.3 L'ÉTUDE QUALITATIVE

L'étude qualitative se fonde principalement sur les observations personnelles de l'auteur et les entretiens avec des dirigeants du CHUV. Un échantillon de 25 dirigeants a été tiré aléatoirement selon les critères suivants :

- au moins six dirigeants de chaque profession (médecin, infirmier, administrateur);
- au moins six dirigeants par niveau hiérarchique ;
- seuls les dirigeants issus des services cliniques, médico-techniques et hôteliers sont éligibles, le SID leur étant destiné en priorité.

Un entretien séparé a été conduit pour chaque instrument utilisé. Au total, 44 entretiens ont été effectués, relativement aux tableaux de bord et de suivi, aux instruments de budgétisation, à la satisfaction du personnel et à la satisfaction des patients (pour plus de détails, cf. tableau XV). Aucun entretien n'a porté sur les autres instruments, ces derniers n'ayant pas été utilisés personnellement par ces dirigeants ou seulement ponctuellement (revues d'hospitalisation, planification des lits, allocation des ressources, suivi des durées de séjour et des dotations en lits).

La méthode de collecte des données s'inspire largement des techniques usuelles en sciences humaines (TAYLOR et BOGDAN, 1984<sup>156</sup> ; BLANCHET et GHIGLIONE, 1987<sup>157</sup> ; DENZIN et LINCOLN, 1994<sup>158</sup>). J'ai pris personnellement rendez-vous avec chacun des dirigeants sélectionnés en expliquant les raisons de l'entretien (préparation de la présente thèse), en leur garantissant l'anonymat et la non-utilisation de leurs confidences dans mon travail professionnel. Je leur ai ensuite demandé s'ils acceptaient d'être enregistrés. J'ai pris note des éventuelles réticences ou peur de s'exprimer pour faciliter l'interprétation de leurs propos. Chaque entretien a débuté par la question : « Comment avez-vous vécu l'introduction de l'instrument ... ». J'ai relancé l'entretien par des questions neutres du type « d'autres points vous ont-ils frappés ? », « avez-vous d'autres souvenirs ? », « comment avez-vous utilisé cet instrument » ou par des questions d'approfondissement. Lorsque j'ai senti que la personne était intéressée à creuser un aspect, je me suis permis d'être plus précis : « certaines personnes ont eu l'impression que... qu'en pensez-vous ? » ou « on pourrait en déduire que..., est-ce bien ce que vous vouliez dire ? ». Parfois, j'ai demandé de développer des propos qui me paraissaient peu clairs. Lors d'un entretien, je suis intervenu pour demander un point de vue plus critique, plus aiguisé, ayant eu l'impression que la personne interrogée souhaitait me faire plaisir en m'épargnant des critiques.

La longueur des entretiens a été variable selon les dirigeants et les instruments : de 10 minutes à près d'une heure et demie. Parfois, un deuxième rendez-vous a été pris pour poursuivre l'entretien. Mes interlocuteurs ne se sont pas montrés gênés par la démarche exprimant même leur plaisir à dire « le fonds de leur pensée » ou leur confiance « vous savez, dans ma position, je n'ai pas besoin de prendre des gants, ne vous en faites pas », « j'ai confiance en votre discrétion, de toute manière il n'y a pas d'enjeu direct pour moi ».

Tous les entretiens ont été transcrits intégralement, puis ré-exprimés en propositions qui puissent être comprises par chacun. Les fautes grammaticales ont été corrigées, les hésitations ont été enlevées de même que les propos phatiques. Chaque proposition a ensuite été codifiée selon les attributs mentionnés dans le tableau III. Toutes les propositions relatives à un même dirigeant, un même outil et dont les attributs sont identiques ont été agrégées « en propos » pour procéder à des comptages.

Tableau III. Codage des propositions issues des entretiens

Attributs des propositions	Nomenclatures
Phases d'implantation	C conception des instruments R réalisation des instruments E exploitation des instruments I impact des instruments
Connotation	+ favorable - défavorable 0 neutre (commentaire)
Type de questionnement	1 Qui ? 2 Pour qui ? 3 Quoi ? 4 Pourquoi ? 5 Quand ? 6 Comment ?

Ce classement vise à faciliter la présentation du contenu des entretiens et donner une image synthétique des aspects qui ont marqué les personnes interrogées. Ainsi, il est possible de séparer les propos liés à la conception des instruments, à leur réalisation, à leur exploitation et à leurs impacts. Comme mentionné plus haut, la qualité intrinsèque des instruments peut influencer de manière non négligeable sur leur impact ; il est donc important de savoir ce qui a été perçu positivement et négativement par les utilisateurs. Enfin, le type de questionnement implicite (qui ? quoi ? etc.) auxquelles se rapportent les propositions constituent un guide utile pour systématiser une recherche exploratoire. L'usage a montré que la question « où ? » n'était pas pertinente dans ce contexte ; elle a été remplacée par la question « pour qui ? » plus adéquate.

Les propositions ont ensuite été regroupées en fonction du type de questionnement et des phases d'implantation, de manière à dégager les notions communes sous-jacentes. Un ou deux mots clés ont alors été choisis pour désigner ces notions et en permettre la manipulation lors de la phase de synthèse ultérieure. Dans leur restitution, aucune proposition n'a été supprimée, sauf si elle apparaissait déjà sous une forme similaire ; les propositions ont généralement été restituées sous une forme raccourcie lorsque les développements n'en modifiaient pas le sens. Les propos relatifs à une personne particulière ou diffamatoires (peu fréquents) n'ont pas été rapportés sauf s'ils se rapportaient au SID.

Les situations paradoxales ou étranges, les propos des «sujets récalcitrants (LATOUR, 1997<sup>159</sup>)» (dirigeants n'entrant pas dans le jeu du questionnement du chercheur), les propositions fulgurantes (images particulièrement parlantes) ont également été relevées, même si elles ont émergé en dehors des entretiens (notes personnelles).

## 3.4 L'ÉTUDE QUANTITATIVE

### 3.4.1 *Le cadre général*

De manière générale, l'étude quantitative a visé ici à établir ou à réfuter une relation causale entre un déterminant et un résultat. La validité scientifique a été établie en examinant les éventuels facteurs de confusion qui pouvaient fausser l'analyse. La validité statistique a été établie en s'assurant que les observations n'étaient pas dues au hasard.

Le déterminant est constitué de l'utilisation des instruments du SID. Les résultats soumis à l'étude sont des éventuels gains de perception ou d'influence provoqués par l'utilisation de ces instruments, ainsi qu'une éventuelle modification du rôle des dirigeants. La relation entre le déterminant et ce résultat est supposé être modifiée par la profession et le niveau hiérarchique des dirigeants.

Le gain d'influence peut être individuel ou collectif. Dans le premier cas, plusieurs facteurs de confusion potentiels peuvent être suspectés : l'attitude et l'implication des dirigeants vis-à-vis des instruments et leur goût pour les technologies de l'information. Dans le second cas, d'autres facteurs de confusion peuvent être suspectés, principalement liés aux méthodes de gestion des projets et aux moyens investis pour tenter d'influer sur la réalité. Ces variables sont définies plus loin.

### 3.4.2 *La mesure de l'utilisation des instruments du SID*

Le taux d'utilisation est obtenu en divisant le nombre d'utilisations réelles par le nombre d'opportunités. Ainsi, si un dirigeant consulte un tableau de bord un mois sur deux, alors qu'il est mis à jour tous les mois, le taux d'utilisation est égal à 50%. Ce taux a été mesuré à partir des statistiques d'accès aux tableaux de bord et de suivi sur le site Intranet ; il a été mesuré à partir des accès au serveur pour l'instrument de budgétisation. Il n'a pas été documenté pour les enquêtes de satisfaction, faute de données objectives.

Une utilisation a été décomptée dès qu'un dirigeant ou un proche collaborateur de son service a accédé à l'instrument, indépendamment de la durée de l'utilisation et du type d'accès (lecture, copie, impression). Un seul accès a été compté au maximum par mois ; cette manière de procéder repose sur l'hypothèse qu'une consultation fréquente des tableaux traduit souvent une vision partielle ou furtive et que des tableaux consultés une seule fois ou imprimés peuvent donner lieu à une utilisation tout aussi intense. Cette démarche suppose en

outre que le taux observé en 1998 reflète l'utilisation des années antérieures. J'ai systématiquement interrogé les dirigeants pour savoir s'ils avaient changé leurs habitudes au moment de la mise à disposition des tableaux de suivi sur le site Intranet ; tous ont répondu par la négative, hormis trois d'entre eux qui ont ajouté avoir apprécié la possibilité d'importer les tableaux sur un tableur pour les retravailler. Par ailleurs, le rythme de consultation des tableaux a été difficile à établir avec précision pour les services n'ayant commencé à les consulter qu'après le mois d'avril. J'ai alors téléphoné aux dirigeants pour compléter mon information. Finalement, le degré d'utilisation des instruments a été classé en quatre scores croissants : < 25% (score 1), 25-49% (score 2), 50-75% (score 3) et > 75% (score 4). Deux dirigeants se trouvant dans une situation limite (score 2 ou 3 ?), j'ai demandé à l'administrateur concerné de trancher.

### 3.4.3 La mesure des résultats

Il arrive fréquemment que plusieurs déterminants agissent simultanément, que ce soit par synergie ou antagonisme (KOOPMAN, 1977<sup>160</sup> ; MIETTINEN, 1982<sup>161</sup> ; MIETTINEN, 1985<sup>162</sup>). Autrement dit, les résultats peuvent être dus à des causes multiples ; il convient alors d'isoler la part qui peut être attribuée au déterminant mis à l'index (tableau IV).

Le degré de perception a été appréhendé séparément pour chaque instrument en posant les questions suivantes (annexe A) :

- « sur 10 problèmes de gestion, combien sont-ils détectés à temps ? » (tableaux de bord et de suivi) ;
- « sur 10 problèmes de satisfaction du personnel, combien sont-ils détectés à temps ? » (enquête de satisfaction du personnel) ;
- « sur 10 problèmes de budgétisation, combien ont-ils été détectés à temps ? » (instrument de budgétisation).

Tableau IV. Définition des résultats relatifs à la perception et à l'influence individuelles

Code	Nom de la variable	Définition
P <sup>o</sup>	Degré de perception	Proportion de problèmes détectés à temps
P <sup>c</sup>	Contribution à la perception	Fraction de la perception attribuable à l'instrument étudié
$\Delta P$	Gain de perception	$\Delta P = P^o * P^c$
I <sup>o</sup>	Degré d'influence individuelle	Degré d'atteinte des objectifs
I <sup>c</sup>	Contribution à l'influence	Fraction de l'influence attribuable à l'instrument étudié
$\Delta I$	Gain d'influence individuelle	$\Delta I = I^o * I^c$

Ces questions ont été posées à l'issue des 44 entretiens. Elles n'ont pas posé de problèmes de compréhension aux personnes interrogées, qui ont en général promené leur main sur l'échelle en expliquant à haute voix le sens des valeurs 0 et 10 et en justifiant leur choix. Parfois, les dirigeants m'ont demandé s'ils avaient bien compris le sens de la question en me donnant des exemples ; dans ~10% des cas (5/44), j'ai dû expliquer ce qu'était un problème de gestion ou de satisfaction (« quelque chose qui ne va pas, par exemple avec vos dépenses, l'occupation des lits, la charge de travail infirmière », « une frustration du personnel qui risque de vous poser des problèmes si elle n'est pas résolue ». Les dirigeants ont toujours réussi à fournir une réponse.

La contribution des instruments à la perception a été décrite par les dirigeants à l'aide d'un schéma triangulaire, dont les sommets figuraient les trois sources d'information décrites plus haut, c'est-à-dire : l'« observation directe », les « communications interpersonnelles » et l'instrument en question (recommandation n° 5). La longueur des côtés du triangle sont de 10 cm, par analogie à l'échelle utilisée pour mesurer l'intensité des douleurs dont la reproductibilité est excellente (HUSKISSON, 1974<sup>163</sup>). La contribution de l'instrument à la perception ( $P^c$ ) est mesurée selon la formule suivante :

$$P^c = \text{distance}(P ; i) / \text{distance}(I; i)$$

où : P est le point indiqué par le dirigeant  
I est le sommet figurant l'instrument  
i est le côté opposé au sommet I.

La contribution de l'instrument est d'autant meilleure que le point P se trouve près du sommet figurant l'instrument utilisé. Un exemple de calcul du gain de perception est fourni dans le tableau V.

Tableau V. Exemples de calcul du gain de perception

Exemples	Degré de perception	Contribution de l'instrument	Gain de perception
A	7/10	50% (mi-chemin)	35%
B	5/10	100% (sur le sommet)	50%
C	5/10	0% (sur le côté)	0%

Ainsi, le gain de perception procuré par le SID à un dirigeant est d'autant plus grand que ce dernier a perçu beaucoup de problèmes à temps et que l'instrument y a largement contribué. Cette manière de mesurer la capacité de perception des dirigeants a été testée au préalable sur cinq dirigeants ne faisant pas partie de l'échantillon tiré au préalable pour vérifier



l'intelligibilité des questions et la variété des réponses fournies. La reproductibilité des réponses n'a pas été étudiée parce qu'il y avait un risque évident de contamination ou d'apprentissage entre plusieurs administrations du questionnaire. Par ailleurs, les problèmes vécus peuvent varier d'un mois à l'autre et modifier les impressions du dirigeant.

De manière similaire le gain d'influence des dirigeants a été mesuré en multipliant le degré d'influence par la contribution attribuable à l'instrument (tableau IV). Mais la mesure du gain d'influence diffère de celle du gain de perception sur plusieurs points :

- si le degré de perception est forcément une notion subjective et individuelle, le degré d'influence peut plus facilement être objectivé ; par ailleurs, il peut être abordé individuellement ou collectivement ;
- si l'on peut aisément figurer les sources de perception des dirigeants par les trois sommets d'un triangle (observation directe, SID, communication interpersonnelle), cette méthode ne peut être retenue pour représenter les sources d'influence, ces dernières étant trop nombreuses : compétences, responsabilité, ancienneté, charisme, réseau d'appuis, nombre de collaborateurs, accès aux fonds monétaires, appuis politiques, etc. (MINTZBERG, 1986<sup>98</sup>, GABARRO, 1987<sup>99</sup>) ; la contribution du SID à l'influence a donc été mesurée à l'aide d'une échelle linéaire comportant les repères « nulle », « faible », « moyenne », « prépondérante » et « totale ».

Le degré d'influence individuelle induite par les tableaux de bord et de suivi peut être objectivé par la réduction des écarts budgétaires par unité (service, département ou hôpital). Il n'est pas possible de l'objectiver pour les autres outils, soit parce que les données comparatives ne sont pas disponibles (enquêtes de satisfaction du personnel et des patients), soit parce qu'il s'agit d'une influence collective impliquant simultanément plusieurs niveaux hiérarchiques ou services (outil de budgétisation).

Le degré d'influence collective a été documenté de quatre manières :

- réduction des écarts budgétaires, comme pour le degré d'influence individuel (tableaux de bord et de suivi) ;
- réduction des surplus ou des pénuries de personnel infirmier (tableaux de bord et de suivi) ;
- modification durable des budgets (instrument de budgétisation) ;
- réalisation de projets (le SID pris dans son ensemble).

Les écarts budgétaires et les surplus/pénuries de personnel ont été mesurés à partir des données comptables et statistiques du CHUV. Quant à la mesure des modifications budgétaires et de la réalisation des projets, elle a nécessité quelques précautions particulières.

Ainsi, c'est le montant de l'enveloppe budgétaire allouée aux services qui a été prise en considération, la ventilation de ce montant entre comptes n'étant pas contraignante. Par ailleurs, il convenait de s'assurer que les modifications s'inscrivaient dans la durée, qu'elles n'étaient pas sujettes à des divagations. Ces dernières étaient nulles si les modifications étaient de même signe (augmentation ou diminution budgétaire confirmée l'année suivante) ; dans le cas contraire, l'importance de la divagation a été mesurée en se fondant sur la variation la plus faible<sup>‡</sup>.

La réalisation des projets a été jugée en fonction du degré de réussite des projets (tableau VIII). La mesure du degré de réussite est délicate parce que les objectifs n'ont souvent pas été explicités sous forme de résultats attendus. De plus, peu de dirigeants ont eu une vue d'ensemble pour pouvoir juger de tous les projets de manière uniforme. Aussi la procédure suivante a été retenue :

- j'ai procédé à l'établissement des scores du tableau VIII, en contactant si nécessaire les chefs de projet pour compléter mon information ;
- ces scores ont ensuite été soumis à la critique des promoteurs de ces projets, c'est-à-dire les personnes qui avaient milité le plus fortement pour leur mise en œuvre ou qui avaient présidé le comité de pilotage du projet ; en cas de divergence, l'avis du directeur du CHUV a été requis pour trancher ;
- j'ai demandé au directeur du CHUV de se prononcer sur les projets que j'avais personnellement piloté ;
- le degré de réussite des projets a été jugé de manière totalement indépendante par un deuxième juge (chef de l'Office des finances) en vue d'examiner la validité inter-juge de cette donnée plus subjective.

Un projet a été défini comme un objectif collectif ayant justifié au moins quatre fois un point à l'ordre du jour du Conseil des Hospices, du Comité de gestion ou d'une séance de la Direction du CHUV. Le Conseil des Hospices est un organe consultatif présidé par le Conseiller d'Etat en charge des affaires sociales et sanitaires (ministre de la santé du canton). Le

---

<sup>‡</sup> Par exemple, la décision d'octroyer 300'000 francs supplémentaires à un service peut être suivie l'année suivante par une coupe budgétaire de 200'000 francs sur une enveloppe budgétaire de 4 millions de francs. La divagation peut alors être estimée à 200'000 francs (montant minimal), soit 5% de l'enveloppe budgétaire.

Comité de gestion est l'organe de concertation pour toutes les questions stratégiques ; il est présidé par le directeur général des Hospices cantonaux et comprend notamment les cadres supérieurs du CHUV (directeur, directeur médical, directrice des soins infirmiers, directeur adjoint) ainsi que les chefs des offices de la planification et de l'évaluation, des finances, du personnel, de l'informatique et des constructions (cf. organigramme de l'annexe H). Les questions relatives à l'exploitation du CHUV sont généralement réglées au sein de sa direction, qui s'entoure des personnes concernées en fonction des sujets mis à l'ordre du jour. Même si la plupart des décisions lourdes de conséquences sont prises dans ces trois instances, certaines peuvent être prises dans des comités de pilotage de projets, dans les services et les départements ou dans de petits groupes ad hoc. Les autres sources d'information (Bloc-notes des Hospices et extraits de presse) n'ont pas mis en évidence d'autres projets d'envergure. Finalement, ce sont 73 projets qui ont été recensés (annexe G).

Enfin, l'impact éventuel du SID sur le rôle collectif des dirigeants a été abordé de deux manières : en étudiant l'évolution de leurs thèmes de préoccupation et en examinant si la répartition de leurs rôles s'est modifiée au cours du temps. Compte tenu de la nature très éclatée et orale du travail des dirigeants, il est difficile de connaître quelles ont été leurs préoccupations réelles. La seule source relativement exhaustive d'informations à ce sujet est constituée par les procès-verbaux des séances mentionnées plus haut. La question est de savoir si cette source est exempte de biais. Il est ainsi évident qu'une décision délicate peut être remise en question lorsqu'elle est soumise au regard critique des pairs. La connaissance du fonctionnement intime du CHUV et des Hospices cantonaux est à cet égard importante. Ce mécanisme d'évitement a existé : les dirigeants ont souvent eu tendance à chercher l'appui préalable soit du directeur général des Hospices cantonaux, soit du directeur du CHUV ou des deux à la fois pour préparer les appuis nécessaires. Mais ces points ont ensuite été amenés au regard de tous pour obtenir l'adhésion du plus grand nombre, les risques étant sinon trop grands de voir la mise en œuvre des décisions bloquée ultérieurement. Ainsi, des points délicats ont pu être freinés, mais le passage devant le Comité de gestion ou la Direction du CHUV a constitué au moins durant la période considérée un passage quasiment obligé, même s'il est possible qu'une instance ait parfois été choisie plutôt que l'autre pour augmenter les chances d'acceptation. J'ai certes observé quelques exceptions liées à des questions personnelles (engagement ou licenciement de professeurs, honoraires médicaux, dossiers politiques placés sous une étroite surveillance du Conseil d'Etat), mais le plus souvent, ces décisions ont tout de même été portées à la connaissance de tous. On peut donc considé-

rer que les points mis à l'ordre du jour des séances documentées restituent une image fidèle des préoccupations des dirigeants à condition d'y inclure les points adoptés dans l'urgence et les points relatifs aux informations même s'ils n'ont pas formellement fait l'objet d'un point séparé. La source d'information est constituée par les classeurs de procès-verbaux qui ont été tenus de manière systématique et homogène par un nombre restreint de personnes. Certains points ont été regroupés ou scindés, de manière à s'assurer que les entités ainsi documentées sont rattachées à un thème unique (tableau VI) et à un seul rôle (tableau VII). Une modification des thèmes de préoccupations ou du rôle des dirigeants est observée si l'une de ces distributions est sensiblement modifiée sur plusieurs années consécutives.

Tableau VI. Thématique institutionnelle

<i>Clientèle (C)</i>		<i>Ressources (R)</i>	
C1	Admission d'un patient	R1	Personnel
C2	Prise en charge d'un patient	R2	Fournitures
C3	Sortie d'un patient	R3	Equipements
C4	Entourage du patient	R4	Locaux
C5	Autres clients	R5	Autres ressources
<i>Activités (A)</i>		<i>Effets (E)</i>	
A1	Hospitalisation	E1	Satisfaction des patients
A2	Semi-hospitalisation	E2	Satisfaction des professionnels
A3	Ambulatoire	E3	Satisfaction des tiers
A4	Enseignement	E4	Mortalité
A5	Recherche	E5	Morbidité
A6	Autres activités	E6	Autres effets

Cette thématique est tirée du contrat de prestations liant le CHUV aux autorités politiques<sup>164</sup>. Les observations relatives à la clientèle peuvent s'adresser à l'admission d'un patient, à sa prise en charge ou à sa sortie, elles peuvent également concerner l'entourage du patient ou d'autres clients (mandants, étudiants, etc.). Quant aux activités, elles touchent principalement les soins hospitaliers, semi-hospitaliers et ambulatoires, l'enseignement et la recherche. Les ressources comprennent le personnel, les fournitures (médicaments, achats de biens consommables), les équipements (lits, appareils médicaux), les locaux (bâtiments, parking, lieux d'accès). Les effets peuvent être vus sous un angle subjectif (satisfaction des patients, des professionnels ou des tiers) ou objectif (mortalité, morbidité, etc.).

Tableau VII. Rôles des dirigeants

Code	Libellés	Mots clés retenus
<i>Gestion de l'information</i>		
1	capter	point de situation, suivi, résultat, rapport, plaintes, satisfaction, questionnaire, contrôle de gestion, audit
2	diffuser	information, communication, bulletin, journal d'entreprise, statistiques
3	générer	informatique, comptabilité, boucllement, informatisation, liste, logiciel
<i>Prise de décision</i>		
4	innover	projet, nouvelles technologies médicales, Hospices 200*, hospitalisation à domicile, hospitalisation d'un jour, « hôtel garni », chantier
5	gérer	facturation, gestion, heures supplémentaires, tarif, honoraires, parking, logement, déménagement, cellule de crise
6	allouer	économie (OrCHidée), budget, enveloppe, allocation, financement, fonds
7	négoçier	investissement, crédit d'inventaire, lits, locaux, nomination, organisation, structure, regroupements, rattachement ou création d'unité
<i>Relations interpersonnelles</i>		
8	représenter	commission, inauguration, allocution, brochure, image, journée X, logo, photos, remise de diplômes, apéritif
9	encourager	aide, formation, objectifs, planification, programme, procédure, règlement, décentralisation, délégation de compétences, soutien
10	lier	fête, interpellation politique, jubilaires, lien, manifestation, réseau, transfert, contrat de prestation, convention, internet, intranet, cérémonie, coordination, relation

### 3.4.4 La mesure des autres variables

Les modificateurs évoqués dans la littérature scientifique sont principalement la profession et le niveau hiérarchique des dirigeants. Il est cependant possible que d'autres facteurs modifient l'efficacité du SID comme l'ont suggéré les propos de quelques dirigeants au cours de l'implantation du SID : « Nous ne sommes pas des gestionnaires, mais des soignants ; on n'y connaît rien, il faudra nous montrer comment s'y prendre ! », « Faites ce que vous voulez, nous nous sommes là pour soigner ; ce n'est pas notre affaire ». On peut ainsi imaginer que l'attitude des dirigeants ait une influence sur leur utilisation du SID. Les phénomènes de résistance peuvent être importants et multiformes (ROCKART, 1987<sup>165</sup>) : refus des buts, contestation des compétences des développeurs, demandes innombrables ou contradictoires, inertie, difficulté à trouver des rendez-vous, théâtralisation des conflits, comportement exagérément infantile ou autoritaire. En pratique, l'attitude des dirigeants est classée en quatre catégories : résistance active, résistance passive, contribution passive, contribution active (tableau VIII). Une preuve tangible (procès-verbal, lettre, réaction devant témoins) est nécessaire pour considérer qu'une résistance ou une contribution a été active.

L'implication du dirigeant est considérée comme maximale s'il a travaillé à la mise sur pied de l'instrument (conception, réalisation ou test) ; on considère qu'il a été consulté s'il a

fait partie du groupe de référence ad hoc et qu'il est informé s'il a suivi un cours de formation spécifique à l'instrument.

L'attrait des technologies de l'information est variable selon les personnes : certains dirigeants maîtrisent parfaitement les technologies de l'information en forgeant leurs propres outils alors que d'autres n'utilisent jamais l'ordinateur et recourent aux compétences de leurs secrétaires (tableau VIII). Toutes ces variables sont susceptibles de biaiser la relation entre le taux d'utilisation des instruments du SID et les impacts sur la perception ou l'influence individuelle.

L'étude des éventuels impacts sur l'influence collective s'appuie quant à elle essentiellement sur le contraste entre la présence (après) et l'absence de SID (avant) ; n'ayant pas observé de modification sensible dans la distribution de ces variables (attitude, implication, technophilie, etc.) entre 1995 et 1998, il paraît peu probable que ces variables soient des facteurs de confusion de cette relation. Cependant, d'autres variables sont susceptibles de biaiser l'analyse et devraient être documentées. Ainsi, un accompagnement du changement par un projet bien organisé pourrait par exemple constituer un facteur de confusion notable. De même, le fait que des personnes compétentes s'engagent sur des objectifs clairs en s'appuyant des méthodes rigoureuses semblent constituer des gages de réussite. En outre, il est probable que les projets qui ont bénéficié d'une solide dotation en personnel (personnes ressources) ou qui ont reçu l'appui des cadres supérieurs (implication collective des dirigeants, mesurée en nombre de séances) aient plus de chances d'aboutir. Enfin, on peut imaginer que les projets de grande ampleur soient plus difficiles à mener et qu'ils aient une probabilité de réussite moindre ; l'ampleur d'un projet est d'autant plus grande qu'il touche de nombreuses personnes et qu'il est novateur ou complexe. Toutes ces variables ont été quantifiées par des scores de 1 à 4 (tableau VIII).

Tableau VIII. Scores

Dimensions	Critères	Scores			
		I	II	III	IV
<i>Impacts des projets et contribution du SID</i>					
Degré de réussite	atteinte des objectifs	non	plutôt non	plutôt oui	oui
Ampleur du projet	plus de 1'000 personnes touchées caractère novateur complexité	aucun critère	un seul critère	deux critères	trois critères
Contribution du SID		aucune	indirecte	directe mais partielle	directe et totale
<i>Facteurs susceptibles d'agir sur les gains de perception et d'influence individuelle</i>					
Hierarchie	niveau hiérarchique	service	département	direction du CHUV	direction des Hospices
Attitude	résistance ou contribution	résistance active	résistance passive	contribution passive	contribution active
Implication	degré d'implication	aucun	informé	consulté	travaillé
Technophilie	utilisation d'un ordinateur personnel	aucune	rare	fréquente	développe ses propres applications
<i>Facteurs susceptibles d'agir sur l'influence collective</i>					
Clarté des objectifs	engagement pris par le chef de projet	absent	implicite	explicite	contractuel
Méthodologie du projet	existence d'un protocole méthodologie éprouvée rigueur d'application du protocole	aucun critère	un seul critère	deux critères	trois critères
Organisation du projet	désignation d'un chef de projet supervision par des dirigeants de poids consultation des personnes concernées	aucun critère	un seul critère	deux critères	trois critères
Compétence du chef de projet	formation adéquate expérience préalable charisme	aucun critère	un seul critère	deux critères	trois critères
Personnes ressources	nombre d'équivalents plein temps -mois (EPT-mois)	<8	8 à 30	30 à 150	> 150
Implication - des dirigeants	nombre de séances	4-9	10-29	30-79	>80

### 3.4.5 La collecte et la réduction des données

Le collecte et la réduction des données a été effectuée par mes soins, alors que j'étais au courant des hypothèses à tester. Il existe donc un risque de biais de sélection ou de codification des données, même inconscient. Sans aboutir à une véritable procédure d'aveuglement pour cette phase de la recherche, plusieurs précautions ont toutefois été prises. Premièrement, une grande partie du matériel a été collecté indépendamment des hypothèses à tester ; il s'agit des comptes rendus de séances, des textes, ainsi que les statistiques et les comptes du CHUV (cf. tableau IX). Chaque fois que cela a été possible, je me suis fondé sur des docu-

ments existants (contrats de projets, objectifs annuels, etc.) ou sur une discussion avec le chef de projets. Les autres sources sont plus subjectives et sujettes à manipulation : questionnaires, notes personnelles et relevés d'incident. Ce matériel a été constitué de manière prospective sans que les hypothèses à tester ne soient véritablement connues ni de l'auteur ni des personnes interrogées. De plus, ces données n'ont pas été collectées à d'autres fins que la recherche.

L'opération de réduction des données est peut-être plus délicate, raison pour laquelle le codage des différentes variables a été attentivement validé par des personnes tierces. Aucune correction n'a été effectuée a posteriori, c'est-à-dire dès le moment où les données ont commencé à être analysées. Les éventuelles aberrations découvertes au moment de l'analyse sont alors mentionnées comme telles, mais pas corrigées dans les données élémentaires. Les calculs statistiques ont été effectués par une personne indépendante ne connaissant pas le sens des variables. Enfin, tous les résultats quantitatifs sont fournis, qu'ils soient positifs ou négatifs.

Tableau IX. Sources d'information

Codes	Sources	Nombre de documents	Période de relevé	Exhaustivité	Objectif/subjectif
<i>Séances</i>					
HOS	Conseil des Hospices	8	1.1.94-30.6.98	100%	objectif
DIG	Comité de gestion des Hospices	161	1.1.94-30.6.98	100%	objectif
DIR	Direction du CHUV	187	1.1.94-30.6.98	100%	objectif
<i>Textes</i>					
RAP	Rapports	19	1.1.94-30.6.98	sélection	objectif
PRE	Presse écrite	10	1.1.96-30.6.98	sélection	objectif
JOU	Journal d'entreprise (Bloc-notes des Hospices)	16	1.1.95-30.6.98	100%	objectif
<i>Questionnaires et entretiens</i>					
SUI	Tableaux de bord et de suivi	23	1.1.98-30.6.98	50%	subjectif
PER	Satisfaction du personnel	15	1.1.98-30.6.98	50%	subjectif
BUD	Budgétisation	4	1.1.98-30.6.98	50%	subjectif
PAT	Satisfaction des patients	2	1.1.98-30.6.98	50%	subjectif
<i>Autres sources</i>					
PER	Notes personnelles	52	1.1.94-30.6.98	sélection	subjectif
QUA	Relevés d'incidents	111	1.1.97-30.6.98	100%	subjectif
STA	Statistiques et comptes du CHUV	-	1.1.94-30.6.98	100%	objectif

Le nombre d'entretiens (44) est proche de celui d'enquêtes récentes et similaires (VANDENBOSCH et HIGGINS, 1996 : 36 entretiens; PINSONNEAULT et RIVARD, 1998 : 59 entretiens). Par rapport à ces deux dernières études, les observations sont plus homogènes parce



qu'elles proviennent d'une seule entreprise (respectivement sept et trois pour ces deux études).

Les commentaires des dirigeants relatifs aux questionnaires ont été intégralement enregistrés. Quant aux observations personnelles, elles ont été recueillies sur le moment dans l'agenda de l'auteur ou sur des feuilles de notes; l'ensemble de ces observations personnelles ont été classées à la fin de chaque mois ; elles ont ensuite été réécrites tous les six mois de manière à en reconstituer le contexte. Quant aux relevés d'incidents, ils ont été recueillis systématiquement depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997 en vue de préparer l'Office de la planification et de l'évaluation à une certification ISO-9001. Au total, ce sont plus de 600 documents qui sont collectés, la majorité sans biais de sélection. Seuls les rapports, les notes personnelles et les extraits de presse ont été sélectionnés en fonction de leur intérêt. Les événements qui y sont liés ne sauraient donc être exploités sur le plan statistique ; ils constituent cependant des données qualitatives utiles à l'analyse.

Les observations les plus anciennes remontent à l'année 1994. Il n'a pas été possible d'étendre au-delà la collecte des données pour les raisons suivantes : les statistiques n'étaient pas fiables, le Bloc-notes des Hospices n'existait pas encore, les procès-verbaux étaient lacunaires et les entretiens avec les dirigeants n'auraient pas eu lieu dans des conditions favorables (intenses négociations en cours, fortes projections liées aux volontés d'économie de la direction, incompréhension de l'objet des entretiens).

L'opération de réduction des données a pour but de faciliter l'exploitation de l'intégralité des observations recueillies. Cette solidification des données fluides (JENICEK, 1985<sup>13</sup>) présente plusieurs avantages :

1. l'analyse des données porte sur les informations prises dans leur ensemble ;
2. la grille de lecture des données est explicite, fixée a priori et conforme au cadre général de l'étude ;
3. les opérations de codage, d'analyse et d'interprétation des données sont clairement distinctes ;
4. la supervision de la recherche par des instances externes est facilitée (gain de temps, traçabilité).

Elle est effectuée en respectant scrupuleusement les nomenclatures et les scores fournis dans les tableaux III à VIII.

### 3.4.6 *L'analyse des données*

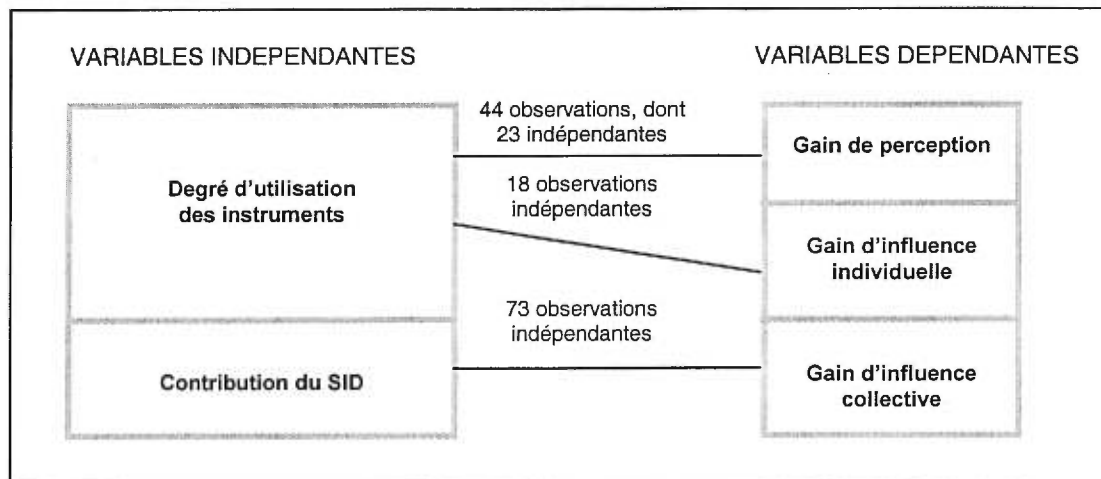
L'analyse quantitative des données vise surtout à mesurer la force de l'association entre un ou plusieurs déterminants (variables indépendantes) et un ou plusieurs résultats (variables dépendantes). Pour les analyses bivariées, les coefficients de corrélation de Pearson et de Spearman ont été utilisés, respectivement pour des variables continues et ordinales (DAGNELIE, 1975<sup>166</sup>). Des modèles de régression multiples (NETER et al, 1989<sup>167</sup>) ont été utilisés pour les analyses multivariées, en recourant à la régression logistique (HOSMER et LEMESHOW, 1989<sup>168</sup>) lorsque la variable dépendante était dichotomique (1 ou 0). L'utilisation presque systématique d'échelles à quatre degrés (scores de I à IV) et des distributions relativement homogènes ont permis d'éviter des problèmes d'interprétation liés à une variabilité trop forte des distributions.

Les tests de signification usuels ont été retenus pour s'assurer que les associations mises en évidence n'étaient pas le fruit du hasard et vérifier l'hypothèse d'homoscédasticité des distributions (coefficients de régression standardisés). Enfin, les éventuels résidus ont été analysés pour mettre en évidence des anomalies de codage ou examiner les raisons pour lesquelles certaines valeurs s'écartent du modèle. Tous les calculs statistiques ont été effectués à l'aide du logiciel Stata<sup>169</sup>.

Les hypothèses à tester n'ont été établies qu'à l'issue de l'analyse qualitative. On peut cependant énoncer déjà une partie du cadre général de l'analyse (figure 1).

William d'Occam, au quatorzième siècle déjà, stipulait que le domaine étudié doit être limité au strict nécessaire (ROTHMAN, 1978<sup>170</sup>). Si plusieurs déterminants sont suspectés, un déterminant essentiel est mis en exergue, les autres déterminants étant alors considérés comme des modificateurs de la relation causale (MIETTINEN, 1974<sup>171</sup>). Cette recommandation est d'autant plus pertinente que la force de l'association et le nombre d'observations sont faibles. Il est difficile de savoir à l'avance si le nombre d'observations récoltées est suffisant, mais il importe de s'assurer par avance que les hypothèses à tester ne sont pas exagérément complexes. Par ailleurs, l'ambition de la thèse est avant tout exploratoire et l'état des connaissances n'autorise pas, à ce stade, une analyse des cheminements causaux (PEDHAZUR, 1982<sup>172</sup>).

Figure 1. Cadre général



Si l'on peut compter sur 23 questionnaires valides et indépendants pour l'examen des gains de perception, le nombre d'observations indépendantes n'est que de 18 questionnaires pour l'étude des gains d'influence individuelle en raison d'une forte contamination entre certains dirigeants (notamment entre les chefs d'unité et les personnes de leur état-major). L'étude des gains d'influence collective porte sur 73 observations indépendantes, ce qui autorise la prise en considération simultanée d'un certain nombre de variables indépendantes. Ainsi, il est ainsi possible d'analyser l'effet du SID sur la probabilité de réussite des projets, simultanément aux autres déterminants potentiels (cf. tableau VIII) : clarté des objectifs, méthodologie et organisation du projet, compétences du chef de projet, personnes ressources, implication des dirigeants. Par ailleurs, certaines analyses ont été stratifiées pour examiner si les résultats sont consistants selon le domaine étudié. Des tests d'égalité des moyennes (T-tests) ont également été effectués pour voir si les résultats étaient significativement différents.

### 3.4.7 L'interprétation des données

La validité des résultats de l'analyse dépend de deux critères principaux :

1. les phénomènes observés sont-ils dus au hasard (validité statistique) ?
2. les phénomènes observés sont-ils représentatifs des catégories évoquées (validité scientifique) ?

L'interprétation des données doit donc tenir compte de la signification statistique des résultats. La validité scientifique est plus difficile à évaluer. Plusieurs biais peuvent en effet

fausser l'interprétation (CONTANDRIOPOULOS et al, 1990<sup>147</sup>). Chacun de ces biais potentiels doit donc être soigneusement mis en évidence et discuté (tableau X).

Tableau X. Problèmes de validité scientifique

Phases	Description du biais
Forme de l'étude	La mesure ne peut être effectuée qu'en présence du déterminant ; la mémoire de la situation antérieure peut être déformée
Contenu de l'étude	Le contraste entre l'absence et la présence du déterminant n'est pas assez marqué
Collecte des données	Certaines sources d'information ne sont pas exhaustives ou ne sont pas issues d'un tirage au sort
Analyse des données	Les phénomènes d'attrition de cohorte ou l'absence de procédure d'aveuglement peut conduire à privilégier certaines pistes
Biais d'interprétation	La qualité de l'inférence dépend de la représentativité des personnes étudiées et de la maîtrise des facteurs de confusion

On distingue classiquement deux types de démarches scientifiques, l'une expérimentale où l'on manipule la réalité dans le but d'apprendre, l'autre empirique s'appuyant sur des faits naturels, spontanés (ROTHMAN, 1986<sup>173</sup>). L'implantation du SID au CHUV s'est déroulée progressivement sur deux à trois ans, au gré des enjeux locaux et des contraintes techniques. Une étude expérimentale n'était pas possible dans un tel contexte (COOK et al, 1982)<sup>174</sup> : l'innovation touche l'ensemble de la population étudiée et une procédure d'affectation aléatoire du SID provoquerait des résistances importantes. Par ailleurs, il paraît difficile d'éviter une contagion entre les catégories avec et sans SID.

Une démarche empirique est possible, à deux conditions :

1. le contraste entre la présence ou l'absence du SID est clairement ressenti comme durable (MIETTINEN, 1993<sup>175</sup>) ;
2. la documentation des effets est indépendante de l'existence de l'étude (COOK ET CAMPBELL, 1979<sup>176</sup>).

Ces deux conditions sont remplies dans la présente recherche. Par ailleurs, l'étude quantitative peut également se fonder sur le gradient d'exposition au déterminant. L'interprétation des résultats doit alors examiner clairement si la cause a bien précédé l'effet, notamment pour exclure l'hypothèse que la perception et l'influence des dirigeants aient déterminé le degré d'utilisation.

## 4 RÉSULTATS ET DISCUSSION

### 4.1 L'IMPLANTATION DU SYSTÈME D'INFORMATION DIRIGEANT

#### 4.1.1 *La liste des instruments*

Le SID du CHUV est formé de plusieurs instruments (EGGLI et al, 1997a<sup>177</sup>) qui sont passés ici en revue, de manière à identifier ceux dont l'implantation a été suffisamment contrastée. Ces instruments sont les suivants :

1. les tableaux de bord et de suivi, qui renseignent les dirigeants sur l'évolution des performances de leur service ;
2. le suivi des durées de séjour et des dotations en lits ;
3. l'enquête de satisfaction des professionnels ;
4. le suivi de la satisfaction des patients.
5. l'outil de budgétisation ;
6. l'outil d'allocation interne des ressources ;
7. les instruments de revue des hospitalisations ;
8. l'instrument de planification des lits.

#### 4.1.2 *Les tableaux de bord et de suivi*

Les tableaux de bord et de suivi ont pour but de suivre les performances des unités des Hospices. Le dispositif comprend les éléments suivants (EGGLI et al, 1997b<sup>178</sup>) :

- les tableaux de bord et les tableaux synoptiques, qui comprennent des informations synthétiques sous forme de graphiques et de chiffres respectivement ;
- les tableaux de suivi, qui fournissent une vue analytique du profil des patients, des flux des patients, des prestations demandées, des prestations fournies, des pertes et profits, des charges salariales, des autres charges, de l'enveloppe, des revenus hors enveloppe.

Un échantillon de ces tableaux est fourni dans l'annexe C. Chaque tableau comprend un cartouche situé en haut à droite qui indique le nom de l'unité concernée et la date de validité. Les services sont symbolisés par un carré noir, les départements par un cylindre noir, le CHUV par un ensemble de cylindres noirs. Le code de l'unité y figure également : trois lettres pour un service, trois chiffres pour un département, un chiffre pour l'établissement.

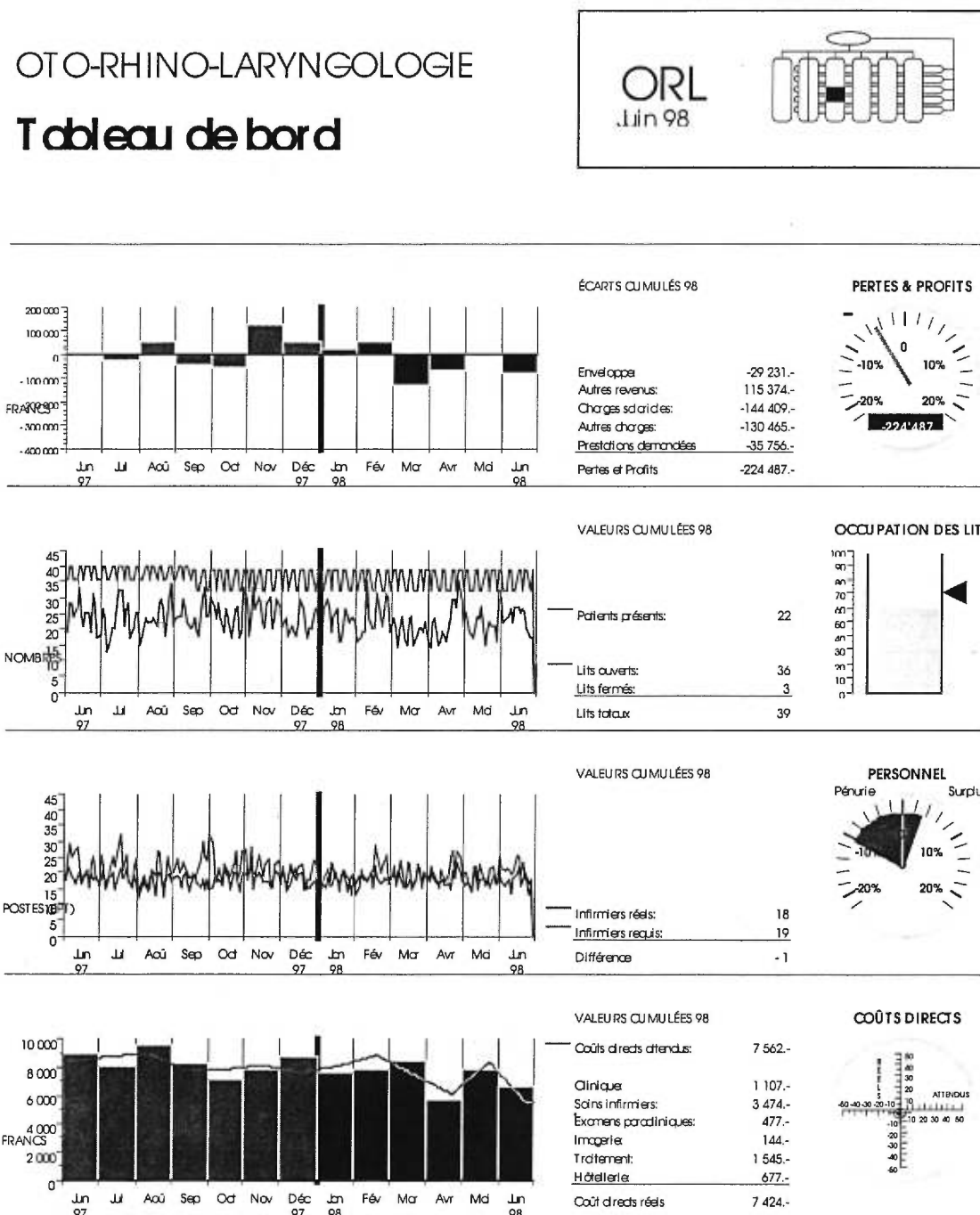
Le chef d'un service est responsable de l'équilibre de ses comptes. A la fin de chaque année, les comptes sont bouclés et analysés. Après interprétation, le résultat financier est af-

fecté à un compte de réserve spécifique au service s'il s'agit d'un bénéfice ; le service peut alors en disposer librement dans le cadre de sa mission. S'il s'agit d'une perte, elle peut être épongée par la direction du département qui lui octroie alors un prêt qui devra être remboursé l'exercice suivant ; le fonds de service, alimenté par les honoraires privés, peut servir de garantie financière le cas échéant.

Le chef de service se voit affecter toutes les charges liées aux décisions qui sont de sa compétence, c'est-à-dire : les charges salariales, les biens consommables, ainsi que les prestations demandées sur le marché interne (voir section 4.2.7). Ses revenus proviennent d'une enveloppe fixe (subvention garantie, couvrant environ 70% de ses dépenses) et d'une enveloppe variable qui dépend du nombre de patients hospitalisés, de leurs affections, du nombre de semi-hospitalisations, des prestations spéciales (prothèses, implants, etc.) et du coût des cas extrêmes (1% des patients du CHUV consomment 10% de ses ressources ; ce risque est couvert par un système d'assurance interne).

Outre les tableaux de suivi qui fournissent mois par mois des renseignements détaillés, les chefs de service disposent de tableaux de bord (figure 2). L'évolution de la situation sur les 13 derniers mois est décrite dans la partie gauche. A droite figurent les valeurs cumulées depuis le début de l'exercice. Le premier bloc d'information renseigne sur l'évolution de la situation financière, les pertes figurant sous la courbe horizontale, les profits au-dessus. Les pertes et les profits sont décomposés en écarts liés à l'enveloppe, aux autres revenus, aux charges salariales, aux prestations demandées et aux autres charges. L'aiguille du cadran indique le ratio (%) entre la perte (-), le profit (+) et le chiffre d'affaire (enveloppe + autres revenus). Le deuxième bloc indique l'évolution du taux d'occupation des lits. La pointe du triangle indique le taux d'occupation standard ; ce dernier est plus faible s'il s'agit d'une unité spécialisée recevant beaucoup d'urgences. Le troisième bloc concerne la dotation en personnel infirmier. Le nombre de personnes réellement présentes au lit du patient est exprimé en équivalents plein temps (EPT) ; il est figuré en noir. Le nombre de postes requis est déterminé par la méthode PRN (projet de recherche en nursing) en fonction du plan de soins, actualisé au minimum une fois par 24 heures et au maximum toutes les 8 heures ; il est figuré en gris.

Figure 2. Exemple de tableau de bord



On observe un surplus de personnel lorsque la courbe noire dépasse la grise, une pénurie dans la situation inverse. Le quatrième bloc d'information indique l'évolution du coût direct réel des hospitalisations, qui est mis en rapport avec le coût attendu, standardisé en fonction du profil des patients.

D'avril 1995 à décembre 1997, les tableaux de suivi ont été adressés aux responsables en suivant les bulletins de commande retournés. Près de 13'000 pages ont ainsi été envoyées chaque mois à environ 200 personnes du CHUV. Les tableaux de bord et les tableaux synoptiques ont été introduits le 1<sup>er</sup> janvier 1997. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998, ces tableaux ont été mis à disposition sur le réseau interne de l'entreprise (Intranet) ; ils ont pu être consultés et importés à tout moment sous forme de fichier (type Excel). Les tableaux de bord et les tableaux synoptiques ont encore été envoyés sur papier chaque mois aux chefs de service pour les tenir en éveil.

#### *4.1.3 Le suivi des durées de séjour et des dotations en lits*

Une analyse effectuée en 1995 a montré que onze services du CHUV avaient des durées de séjour plus longues que d'autres hôpitaux suisses à clientèle comparable. Ces services ont été invités à réduire sensiblement leurs durées de séjour. Cette opération avait pour but d'éviter des coupes budgétaires dans les services cliniques grâce à une compression des charges logistiques (frais de repas et de buanderie). La direction de l'hôpital s'est engagée à restituer le montant retranché si la cible négociée était atteinte. Les services ont tous accepté le «contrat» à condition de disposer mensuellement d'une information permettant de suivre l'évolution des durées de séjour. L'instrument est décrit dans l'annexe D ; les tableaux ont été produits du 1<sup>er</sup> avril 1996 au 31 décembre 1996. Les tableaux de bord et les tableaux synoptiques ont pris le relais de cet instrument dès le début de l'année 1997.

#### *4.1.4 L'enquête de satisfaction du personnel*

Une enquête de satisfaction a été conduite auprès de tout le personnel du CHUV à la fin de l'année 1996 (BEROUD et al, 1998a<sup>179</sup>). Le but était de détecter des problèmes latents qui avaient peut-être été ignorés jusqu'ici. Cet instrument s'est inscrit dans la volonté de renseigner les instances politiques sur les problèmes de gestion du personnel, de développer un partenariat entre la direction et les employés et de mesurer l'efficacité des mesures correctives (contrat de prestations). Il a également pour but de servir d'indicateur, parmi d'autres critères, à l'évaluation des cadres.



Le taux de participation a été de 72%. Le questionnaire se fonde sur une vingtaine de questions, s'adressant aux thèmes suivants : ambiance, locaux, équipements, information, encadrement et organisation, charge de travail, épanouissement professionnel, rémunération et satisfaction globale. Les résultats ont été publiés dans le journal d'entreprise, après avoir été distribués aux chefs de service concernés (annexe E) ; ces derniers ont été invités à communiquer les mesures correctives prises à la direction de leurs départements. Il était prévu de répéter cette enquête tous les deux ans.

#### *4.1.5 Le suivi de la satisfaction des patients*

Une démarche similaire a été initiée dès le 2<sup>ème</sup> semestre 1996 auprès des patients hospitalisés au CHUV (BEROUD, 1998b<sup>180</sup>). Un questionnaire a été envoyé chaque mois à 10% des patients hospitalisés au CHUV, entre 3 et 6 semaines après leur sortie. 17 questions portent sur l'admission, les relations avec le personnel, les repas, l'information, la préparation de la sortie et leur satisfaction globale. La participation a été de 66%. Les résultats ont été publiés globalement dans le journal d'entreprise. Une restitution plus fine, comprenant les commentaires des patients, a été effectuée en 1998, mais trop tard pour être prise en considération dans la présente recherche. La conception générale et le questionnaire sont fournis dans l'annexe F.

#### *4.1.6 L'outil de budgétisation*

L'élaboration des budgets est une opération complexe et délicate, notamment pour prévoir les charges salariales. S'il était encore possible il y a quelques années d'allouer des montants en fonction des salaires moyens par fonction, les restrictions budgétaires de ces dernières années imposent un calcul plus précis. Les buts de l'instrument sont :

1. prévoir les charges salariales de l'année suivante si aucune modification contractuelle ne survient ;
2. simuler l'effet de modifications contractuelles (taux d'activité, changement de fonction, etc.) ;
3. intégrer les résultats du programme d'économie OrCHidée dans le processus de budgétisation ;
4. sécuriser le processus par des opérations de validation (respect des nomenclatures, valeurs aberrantes, etc.) ;

5. simuler l'effet des gains de mutation (le salaire moyen du personnel entrant est en moyenne plus faible que celui du personnel sortant) ;
6. simplifier l'opération de consolidation des budgets (charges salariales, autres charges, revenus hors enveloppe).

Cet instrument a été utilisé la première fois en 1995 pour préparer le budget 1996 ; il a été réutilisé pour préparer les budgets 1997 et 1998 (NGUYEN et al, 1998<sup>181</sup>). Cet instrument est un véritable SIAD comprenant une base de données, des modèles et une interface de dialogue. L'instrument est utilisé par l'administrateur de chaque département pour préparer les négociations entre les chefs de service et de département. Il est également utilisé pour simuler l'effet de différents scénarios lors de la discussion des cibles budgétaires avec la direction du CHUV.

#### 4.1.7 *L'outil d'allocation interne des ressources*

De nouveaux mécanismes d'allocation interne des ressources ont été introduits en 1997 et 1998, après avoir été testés «à blanc» en 1996 (EGGLI et al, 1998<sup>182</sup>). Les problèmes d'allocation des ressources sont délicats à automatiser, car ils doivent être socialement acceptés tout en se limitant à l'information disponible rapidement (MOORE et al., 1997<sup>183</sup>). Les règles ont été fixées par les chefs de service qui ont posé leurs conditions pour endosser une sanction financière en fin d'année. Les principes généraux sont exposés dans la section 4.2.2 consacrée aux tableaux de suivi. Malgré leur simplicité, ces principes se sont révélés délicats à mettre en oeuvre en raison des effets pernicieux qu'ils pouvaient induire. On peut l'illustrer à l'aide de quelques exemples simplifiés.

Imaginons qu'un service clinique achète au service de radiologie des prestations au prix de revient. Il pourrait décider de diminuer le nombre de radiographies pour financer une infirmière supplémentaire, par exemple, tout en garantissant l'équilibre de ses comptes. Or, il est peu probable que le service de radiologie puisse réellement économiser le montant équivalent, puisque une bonne partie du personnel doit assurer un service de permanence. Le prix de cession des prestations sur le marché interne doit donc être calculé en fonction du coût marginal des prestations, soit essentiellement le coût des fournitures.

Une partie des revenus des services cliniques dépend des affections présentées par les patients (appendicectomie, accouchement sans complication, etc.). Le tarif par affection est également fixé en fonction du coût marginal des prestations. Des simulations ont cependant montré qu'un tarif uniforme pour tous les services de l'hôpital n'était pas équitable, parce

qu'un patient peut être plus sévèrement atteint pour une même affection. Ainsi, un patient qui fait une tentative de suicide par ingestion de poison peut, selon la dose et la substance ingérée, nécessiter plusieurs jours de soins intensifs ou simplement une surveillance de quelques heures au centre des urgences. Il a donc fallu ajuster le tarif en fonction des services.

Les services fournisseurs de prestations, comme les services de laboratoires, de radiologie, de physiothérapie, de restauration, reçoivent un revenu proportionnel au volume de prestations fournies (exprimé en points), indépendamment du statut du patient (hospitalisé, ambulatoire). Mais ces prestations sont facturées uniquement aux services d'hospitalisation, les policliniques ne payant pas pour les prestations demandées. En effet, si ces dernières leur étaient facturées, les policliniques auraient tendance à envoyer leurs patients dans des laboratoires externes au CHUV pour ne pas être pénalisées (les prestations seraient alors payées directement par les patients ou leurs assurances).

Une autre difficulté réside dans la tentation de laisser les patients dans des services tiers, comme les unités de soins intensifs ou de soins septiques, pour ne pas avoir à assumer les charges correspondantes. Des règles assez complexes ont donc été mises en place pour considérer les suites de traitement comme des prestations de sous-traitance.

Par ailleurs, le marché interne a été défini aussi largement que possible pour éviter que certaines prestations gratuites ne viennent se substituer aux prestations payantes. Les prestations infirmières, d'anesthésie, du bloc opératoire, de la physio- et de l'ergothérapies, des laboratoires centraux, de l'imagerie, de buanderie et de restauration ont donc été incluses d'emblée dans le marché interne.

Enfin, un soin particulier a été apporté au traitement de certains problèmes techniques, les simulations effectuées en 1996 ayant montré qu'ils influent de manière sensible les résultats financiers. Il s'agit notamment de la mise au point d'une assurance risque contre les cas extrêmes (1% des hospitalisations les plus coûteuses consomment 10% des ressources du CHUV) et de mécanismes d'estimation de la valeur des «produits en cours» pour garantir l'application du principe comptable de la concordance des charges et des produits.

#### *4.1.8 Les revues d'hospitalisation*

Un instrument de revue des hospitalisations a été utilisé dans quatre services du CHUV en vue d'identifier les journées non justifiées, selon une liste de critères relatifs au profil du patient, aux actes médicaux et aux soins infirmiers requis (CHRISTEN et al, 1995<sup>184</sup> ;

REUTTER et al, 1995<sup>185</sup> ; CASTILLO et al, 1998<sup>186</sup> ; HASCOET et al, 1998<sup>187</sup>). Une analyse des causes de délais expliquant les journées non justifiées complète l'instrument.

#### 4.1.9 Planification des lits du CHUV

Un modèle de prévision a été établi pour prévoir l'utilisation des lits du CHUV de l'année 1993 à l'an 2005 (YALCIN et al, 1997<sup>188</sup>). Ce modèle tient compte des prévisions démographiques et épidémiologiques, ainsi que de différents scénarios d'utilisation des lits : transfert des hospitalisations sur l'hospitalisation d'un jour, réduction des durées d'hospitalisation (*bench-marking*), transfert accru des patients vers les Centres de traitement et de réadaptation, nouvelles technologies, resserrement des taux d'occupation des lits. Le modèle est relativement complexe en raison des interactions entre variables. Par exemple, le transfert des patients vers l'ambulatoire (hospitalisation d'un jour) tend à augmenter la durée moyenne d'hospitalisation par la réduction du nombre de courts séjours.

Aucune mise à jour n'a été effectuée après l'analyse effectuée en 1995.

#### 4.1.10 Le calendrier d'implantation du SID

Les dates de mise à disposition de chaque instrument du SID sont décrites dans les tableaux XI et XII. Ces données sont nécessaires au calcul du score d'utilisation des instruments.

Tableau XI. Calendrier d'implantation du SID en 1995 et 1996

Instruments	1995												1996											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Tableaux de suivi			(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)				X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Suivi des durées de séjour et des dotations en lits															X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Budgétisation							X												X					
Allocation interne des ressources																						X		
Satisfaction du personnel																							X	
Planification des lits							X																	

(X) : suivi financier seulement

Tableau XII. Calendrier d'implantation du SID en 1997 et 1998

Instruments	1997												1998					
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06
Tableaux de suivi				X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X
Tableaux de bord et synoptiques				X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X
Satisfaction des patients			X															
Budgétisation								X										
Allocation interne des ressources											X							
Revue des hospitalisations			X									X						

Les performances techniques des instruments du SID sont décrites dans le tableau XIII en indiquant :

1. la taille de la base de données (Access 7.0® en MB), après normalisation et suppression de toutes les tables administratives et de communication, des modules, des macros et des requêtes ;
2. la taille du modèle est calculée à partir des requêtes logiques (Access 7.0, MB) ; cette valeur donne une idée de la complexité du modèle ;
3. la richesse de la zone de dialogue (l'utilisateur peut interagir avec l'instrument s'il s'agit d'un SIAD).

Tableau XIII. Description technique des instruments du SID

Instruments	taille de la base de données	taille du modèle	zone de dialogue
Tableaux de bord et de suivi	630 MB	20 MB	sélection de tableaux conviviale
Suivi des durées de séjour et des dotations en lits	100 MB	1 MB	-
Satisfaction du personnel	2 MB	0,1 MB	sélection de tableaux conviviale
Satisfaction des patients	1 MB	0,1 MB	sélection de tableaux conviviale
Budgétisation	15 MB	3 MB	sélection, simulation conviviale
Allocation interne des ressources	550 MB	10 MB	simulation non conviviale
Revue des hospitalisations	5 MB	1 MB	
Planification des lits	100 MB	1 MB	sélection, simulation non conviviale

## 4.2 LE MATÉRIEL COLLECTÉ

Conformément au protocole (section 3.3), 25 dirigeants ont été tirés au sort et contactés pour un entretien, dans les proportions suivantes :

1. tous les cadres de la direction de l'établissement (directeur général et responsable des finances des Hospices; directeur, directeur médical, directrice des soins infirmiers, adjoint administratif, contrôleur de gestion du CHUV) ;
2. deux tiers des cadres des directions de département ;
3. un tiers des cadres des directions de service.

Deux dirigeants ont décliné l'offre, l'un justifiant ce choix par le fait que ses opinions sont déjà connues du chercheur, l'autre par le fait qu'il a quitté son poste au milieu de la période considérée. Ces refus ne devraient pas influencer sensiblement sur les résultats, leurs points de vue étant documentés dans les notes personnelles. Leurs réponses aux questionnaires restent cependant inconnues. Cinq entretiens n'ont pas été enregistrés, mais ont été retranscrits à l'aide de notes manuscrites. Au total, les entretiens ont duré 16 heures 30, ce qui représente 22,5 minutes en moyenne par entretien.

Les dirigeants des services sont majoritairement des médecins, alors que la direction de l'établissement comprend surtout des administrateurs (tableau XIV).

Tableau XIV. Niveaux hiérarchiques et professions des dirigeants contactés

Niveau hiérarchique	médecins	infirmiers	administrateurs	total
Direction de l'établissement	0 (1*)	1	5	6
Direction de département	2 (1*)	2	2	6
Direction de service	7	3	1	11
<i>Total</i>	9	6	8	23

\* refus, non remplacés faute de candidats de même catégorie

La majorité des dirigeants ayant utilisé plusieurs instruments, ce sont au total 44 entretiens qui ont été effectués ; de même 44 questionnaires ont été intégralement remplis (tableau XV). Les entretiens ont eu lieu durant le premier semestre de l'année 1998.

Tableau XV. Entretiens et questionnaires

Instruments	Dirigeants			Niveaux hiérarchiques			To- taux
	infirmiers	médecins	administrateurs	services	départements	direction	
Tableaux de bord et de suivi	6	9	8	11	6	6	23
Instrument de budgétisation	0	0	4	0	1	3	4
Satisfaction du personnel	5	6	4	7	4	4	15
Satisfaction des patients	1	0	1	1	0	1	2
<i>Totaux</i>	<i>12</i>	<i>15</i>	<i>17</i>	<i>19</i>	<i>11</i>	<i>14</i>	<i>44</i>

Quant aux séances, elles ont toutes donné lieu à un procès-verbal détaillé à l'exception de deux. Dans ces cas, les points mis à l'ordre du jour étaient suffisamment explicites pour pouvoir être inclus dans l'analyse. Au total, ce sont 2080 points qui ont été discutés entre le premier janvier 1994 et juin 1998, avec une légère diminution du nombre moyen d'objets abordés par séance au cours du temps (tableau XVI).

Tableau XVI. Nombre de séances et d'objets abordés

Types de séances	1994	1995	1996	1997	1998	<i>totaux</i>
<i>Nombres de séances</i>						
Direction du CHUV	40	45	36	44	22	187
Comité de gestion	37	46	36	36	16	171
Conseil des Hospices	0	0	4	2	2	8
<i>Totaux</i>	<i>77</i>	<i>91</i>	<i>76</i>	<i>82</i>	<i>40</i>	<i>366</i>
<i>Nombres d'objets abordés</i>						
Direction du CHUV	390	218	247	183	56	1094
Comité de gestion	230	216	252	195	71	964
Conseil des Hospices	0	0	10	6	6	22
<i>Totaux</i>	<i>620</i>	<i>434</i>	<i>509</i>	<i>384</i>	<i>133</i>	<i>2080</i>

Ce tableau appelle trois commentaires :

1. le Conseil des Hospices a été créé en 1996, privilégiant ainsi le choix d'objets plus stratégiques ; le fait que ces points étaient abordés auparavant au sein du Comité de gestion et qu'ils soient peu nombreux autorise cependant une analyse globale des résultats<sup>§</sup> ;

<sup>§</sup> Quelques points ont été abordés au sein des deux instances.

2. l'année 1998 est tronquée à la fin du mois de juin, ce qui explique une chute de moitié des quantités indiquées ;
3. l'analyse d'une éventuelle modification des rôles des dirigeants doit porter sur les fréquences relatives, de manière à rendre les années comparables entre elles.



### 4.3 L'ANALYSE ET LA DISCUSSION DES RÉSULTATS QUALITATIFS

#### 4.3.1 Les résultats généraux

Les 44 entretiens ont été découpés en 428 propos connotés, comprenant 25 mots chacun en moyenne. On peut ainsi estimer que les dirigeants ont développé en moyenne une dizaine d'idées, relatives à un thème (conception, réalisation, exploitation, impact) et à un type de questionnement\*\* (qui ? pour qui ? quoi ? pourquoi ? quand ? comment ?) généralement en connotant nettement leurs propos (favorable/défavorable). Les commentaires (propos non connotés) sont rapportés dans le cadre de la discussion des résultats.

La majorité des propos se rapportent aux questionnements de type quoi ? (44%) et pourquoi ? (21%) (tableau XVII). C'est donc avant tout le contenu des instruments et leur raison d'être qui a marqué les dirigeants du CHUV plutôt que le contexte de leur utilisation. Par ailleurs, presque deux tiers des propos sont défavorables suggérant ainsi une implantation plutôt difficile des tableaux de suivi. Les propos favorables ont été plus fréquents pour l'instrument de budgétisation (62%) et pour l'enquête de satisfaction du personnel (39%).

Tableau XVII. Types de questionnement

Question	Propos favorables	Propos défavorables	Totaux	Proportions
Qui ?	18	20	38	9%
Pour qui ?	25	22	47	11%
Quoi ?	78	109	187	44%
Pourquoi ?	19	71	90	21%
Quand ?	12	16	28	7%
Comment ?	7	31	38	9%
<i>Globalement</i>	<i>159</i>	<i>269</i>	<i>428</i>	<i>100%</i>

En rattachant ces questions aux différentes phases d'implantation, on obtient 24 catégories potentielles auxquelles ont été attribués des thèmes en fonction du contenu des propos (tableaux XVIII et XIX). Les résultats détaillés sont fournis dans l'annexe I.

\*\* Il ne s'agit pas évidemment pas de questions posées par le chercheur, mais d'un questionnement implicite du dirigeant envers lui-même lorsqu'il émet ses propos.

Tableau XVIII. Liste des thèmes abordés

Question	Conception	Réalisation	Exploitation	Impact
Qui ?	consultation	émetteur	assistance	réceptivité
Pour qui ?	implication des dirigeants	transparence	demandes d'aide	culture d'entreprise
Quoi ?	exhaustivité et pertinence des informations	fiabilité, validité et précision des informations	vérifiabilité et croyance	dialogue et prise de décision
Pourquoi ?	organisation et règles de gestion	intérêt de l'information	intelligibilité	équité et objectivité
Quand ?	fréquence de mise à jour	décali de mise à disposition	disponibilité de l'aide	rituel
Comment ?	cheminement des données	accessibilité	porte-parole	bruit de fonds

Tableau XIX. Répartition des propos

Thèmes	totaux	propos favorables	propos défavorables	proportion totale
Consultation	5	2	3	1%
Implication des dirigeants	4	4	0	2%
Exhaustivité et pertinence des informations	10	1	9	16%
Organisation et règles de gestion	58	23	35	7%
Fréquence de mise à jour	29	3	26	3%
Cheminement de l'information	11	4	7	3%
	14	1	13	3%
<i>Total pour la conception</i>	<i>131</i>	<i>38</i>	<i>93</i>	<i>31%</i>
Emetteur	4	1	3	1%
Transparence	10	3	7	2%
Fiabilité et validité des informations	23	7	16	5%
Intérêt de l'information	10	5	5	2%
Décali de mise à disposition	13	4	9	3%
Accessibilité	10	2	8	2%
<i>Total pour la réalisation</i>	<i>70</i>	<i>22</i>	<i>48</i>	<i>16%</i>
Assistance	14	12	2	3%
Demande d'aide	4	4	0	1%
Vérifiabilité et croyance	23	6	17	5%
Intelligibilité	35	7	28	8%
Disponibilité de l'aide	0	0	0	0%
Porte-parole	7	4	3	2%
<i>Total pour l'exploitation</i>	<i>83</i>	<i>33</i>	<i>50</i>	<i>19%</i>
Réceptivité	15	3	12	4%
Culture d'entreprise	29	14	15	7%
Dialogue, et prise de décision	37	30	7	16%
Equité et objectivité	32	8	24	5%
Rituel	20	7	13	1%
Bruit de fonds	4	4	0	2%
	7	0	7	2%
<i>Total pour l'impact</i>	<i>144</i>	<i>66</i>	<i>78</i>	<i>34%</i>
<i>Total général</i>	<i>428</i>	<i>159</i>	<i>269</i>	<i>100%</i>

Il serait prématuré de se lancer dans une interprétation sans avoir préalablement explicité le sens de chacun des thèmes évoqués. Cependant deux remarques s'imposent d'emblée :

1. les propos se répartissent dans presque toutes les catégories, dénotant une grande diversité des avis ;
2. les propos défavorables se retrouvent dans presque toutes les catégories, témoignant de la variété des difficultés rencontrées.

Une section est consacrée ci-après à chacun des thèmes listés plus haut. Les propos cités sont indiqués entre guillemets.

#### 4.3.2 *La consultation et l'implication des dirigeants*

Une grande liberté a été laissée aux concepteurs pour élaborer le SID. Deux consultations ont été effectuées, la première en 1994 au sujet des tableaux de suivi financiers principalement auprès du personnel administratif (~50 personnes), la seconde en 1996 au sujet des autres tableaux principalement auprès des chefs de services médicaux (~10 personnes). 180 personnes ont suivi un cours d'initiation d'une journée aux nouveaux mécanismes d'allocation interne des ressources. A l'issue de ce cours, 97% des participants se sont montrés favorables (questionnaire anonyme). Cette proportion s'est réduite à deux tiers lorsque les dirigeants ont pris conscience des limites du système proposé au moment des négociations budgétaires.

Peu de dirigeants se sont prononcés sur le thème de la consultation. Deux commentaires sont favorables : «On mesure mal aujourd'hui le chemin parcouru. Beaucoup de critiques sont émises, mais il y a eu un réel effort de prise en compte des idées des professionnels» et «J'ai été heureux d'ouvrir le dialogue lors de l'élaboration des tableaux». Trois commentaires sont défavorables : «Vous avez été trop à l'avant-garde ; dans un processus d'apprentissage, on n'apprend pas ce qui nous est inconnu, mais ce qui très proche de nos connaissances ; si l'on jette trop loin, on n'intègre pas», «il ne sert à rien de courir le *Giro*, si le peloton ne suit pas», «Quelques personnes ont participé, on n'a pas obtenu l'imprégnation de tous». Un dirigeant affirme que la conception résulte nécessairement d'une intention de la direction «Interroger 15 interlocuteurs, c'est avoir 15 visions différentes».

Dans l'ensemble, cet aspect ne semble pas avoir marqué les dirigeants interrogés (cinq mentions seulement). On peut supposer que ce sont plus les qualités intrinsèques de l'instrument que le fait d'être consulté qui sont déterminantes dans le succès d'un SID. Ce dernier a été identifié comme un moteur de changement, mais un peu trop en avance par rap-

port à ce qui pouvait être digéré : «Ton office n'a pas suffisamment cherché cette concertation en allant trop au-delà. Cela a ressemblé à un exercice de modernité. On a donné la responsabilité et l'information, mais on s'est heurté à une force de position inerte». Sur le thème de l'implication, les dirigeants ont souligné l'effet pédagogique de l'élaboration du SID. Ainsi, «J'ai beaucoup plus appris en préparant la construction du marché intérieur sur les problèmes du CHUV que par l'observation directe» ou «L'instrument nous permet d'apprendre pour mieux prévenir, pas tellement pour corriger». D'autres ont relevé l'utilité de la réflexion pour animer les discussions avec les députés et les étudiants en gestion ou pour clarifier le système de valeur de l'hôpital. Le seul incident lié à la conception des tableaux a touché au choix d'une ligne graphique jugée «trop tapageuse» (note interne du 4.7.1994) et fondée sur une «philosophie de tiroir-caisse».

#### *4.3.3 L'exhaustivité et la pertinence des informations*

Le manque d'exhaustivité a soulevé plusieurs critiques. «J'ai demandé à X de regarder s'il y a un clignotant ou quelque chose qui pourrait m'intéresser. Il me disait : oui, mais on ne tient pas compte de ceci ; ce qui disqualifie automatiquement l'outil». Plusieurs domaines ont en effet été laissés de côté, en raison d'un manque de données. Il s'agit principalement des épisodes ambulatoires et des semi-hospitalisations (pas de statistique sur les pathologies), des médicaments, des implants et des prestations spéciales (pas de rattachement aux patients en 1996). Ce manque d'exhaustivité a compliqué la tâche des dirigeants, car ces aspects ont dû être pris en considération en dehors du SID (voir plus loin le thème de la validité).

On notera cependant que le SID n'a été mis en place que lorsqu'une masse critique d'indicateurs a pu être garantie ; il aurait été dangereux de mettre en place un marché interne partiel. Il suffit par exemple que les prestations de physiothérapie soient facturées contrairement aux prestations infirmières, pour que les médecins soient incités à demander aux infirmières d'effectuer «gratuitement» une partie des prestations de physiothérapie pour faire des économies.

Un dirigeant relève que «tout n'est pas pris en compte, mais cela est mieux que la situation floue antérieure». Il est important de noter que le CHUV a été l'un des premiers hôpitaux suisses à disposer de statistiques complètes et fiables.

La pertinence des informations fournies est un aspect très important pour les dirigeants qui ont fait de multiples commentaires à ce sujet. Cette abondance des propos suggère qu'il existe une réelle soif d'information chez les dirigeants.

Selon le consultant chargé de l'audit opérationnel 1997<sup>189</sup>, les dirigeants considèrent que l'information fournie est adéquate et répond à leurs besoins. «Le tableau synoptique comprend 80 à 85% des informations dont j'ai besoin». «On voit tout de suite si l'on a trop ou pas assez d'argent». La plupart ont apprécié les tableaux de bord qui leur permettent «d'aller vite à l'essentiel». «Les tableaux ont le bon degré de finesse».

Plusieurs critiques s'adressent cependant soit au manque de synthèse des tableaux de suivi, soit à un niveau de détail insuffisant pour analyser les situations. De nombreux dirigeants estiment «avoir été inondés de papier» ou affirment qu'«il n'y a que trois tableaux utiles». «Les chefs de service demandent qu'on leur «mâche le boulot». Que l'administrateur leur dise s'il y a un problème : ''allez voir là...'', qu'il les aiguille dans cette masse de papier».

La plupart des critiques touchent au manque de finesse des tableaux de suivi financiers :

1. le budget devrait être établi pour les rubriques comptables à cinq chiffres au lieu de trois ;
2. le plan comptable ne permet pas d'identifier les débiteurs avec assez de détail ;
3. la comparaison des valeurs réelles et budgétées ne suffit pas : il faudrait également disposer des chiffres de l'année précédente ;
4. le plan comptable n'est pas assez détaillé pour les médicaments ;
5. il faudrait pouvoir manipuler soi-même les données ;
6. il faudrait des paramètres de dispersion pour connaître les fluctuations ;
7. on ne peut pas clairement distinguer les charges de recherche et d'enseignement ;
8. il faudrait pouvoir distinguer les coûts des patients en chambres privée et commune ;
9. les prestations de repas devraient être plus nuancées (elles sont décomptées par jour d'hospitalisation).

«Il manque un peu de lumière dans ces tableaux : le personnel intérimaire, les appoints de la direction, les absentes qui ont un panaris, les femmes enceintes...».

En résumé, les dirigeants souhaiteraient pouvoir mieux personnaliser leurs demandes. Une offre standard est à la fois trop riche et trop pauvre. Les tableaux révèlent des anomalies sur lesquelles les dirigeants ont souvent de la peine à se prononcer sans pousser plus loin l'analyse. Il en résulte une certaine frustration. Toutefois, le pronostic d'amélioration est bon. D'une part, les technologies actuelles permettent de fournir une plus grande souplesse

d'utilisation de l'information : la mise à disposition des tableaux sur le réseau Intra-net a été bien accueillie et la venue de nouveaux instruments de navigation (« hypercubes ») devrait répondre aux principales attentes. D'autre part, le degré de finesse des nomenclatures est actuellement très hétérogène puisque l'on trouve 16'000 diagnostics, 10'000 opérations, 4500 prestations médico-techniques, alors que les prestations thérapeutiques et hôtelières (médicaments, implants, repas, buanderie, etc.) sont trop peu nombreuses. Plusieurs travaux en cours permettent d'espérer une meilleure homogénéité d'ici trois à cinq ans.

Mais la tâche n'est pas facile : «On doit pouvoir dire l'essentiel en trois mots et offrir simultanément un discours savant complexe dans lequel entrent ceux qui le veulent. Il faut pouvoir réduire la richesse du sens en plusieurs couches successives. Le plus beau, c'est quand toutes les couches sont visibles.»

#### *4.3.4 L'organisation et les règles de gestion*

La mise en oeuvre des nouveaux mécanismes d'allocation interne de ressources et du SID a révélé de nombreux problèmes liés à l'organisation de l'hôpital ou a exigé une clarification des règles de gestion. « L'arrivée de ces instruments a été comme un coup de pied dans la fourmilière ». De plus, les incohérences entre l'organisation et le SID ont été très mal ressenties par les dirigeants, notamment lorsqu'elles risquaient de déboucher sur des sanctions financières.

Un premier type de problème est lié à la structure de l'hôpital ; l'exemple des soins intensifs de chirurgie permet de l'illustrer. Le service de soins intensifs de chirurgie est une entité autonome du point de vue financier, tout en étant sous la « tutelle académique » du service d'anesthésiologie. Une grande partie du personnel médical travaillant dans le service de soins intensifs est resté affecté au service d'anesthésiologie. Les résultats financiers s'en trouvent faussés. En outre, le service de soins intensifs de chirurgie partage son personnel infirmier et ses équipements avec le service de soins intensifs de médecine qui est rattaché à un autre département. Les nouveaux mécanismes d'allocation de ressources visaient à responsabiliser chaque service ; ils allaient donc à l'encontre de la politique de vases communicants qui s'était instaurée entre les deux services. Enfin, le service de soins intensifs de chirurgie est situé à côté du centre des brûlés dont l'occupation est irrégulière. Des synergies se sont naturellement développées entre les deux unités, notamment pour partager le personnel infirmier et quelques lits. La responsabilité médicale du centre des brûlés est cependant du ressort du service de chirurgie plastique. Cette unité a subi une longue valse-hésitation en

étant successivement rattachée à l'un ou l'autre service. Les ajustements budgétaires ont été effectués avec un décalage dans le temps, faussant ainsi les résultats financiers.

Un deuxième type de problèmes tient aux situations dans lesquelles les responsabilités sont intriquées. On peut citer l'exemple des transplantations rénales. Le service de néphrologie décide de l'indication de l'intervention chirurgicale et suit le patient au cours de son hospitalisation, notamment en prescrivant des médicaments immunosuppresseurs très coûteux. Le chirurgien confirme l'indication opératoire et assure les soins pré-, per- et post-opératoires. Qui est responsable des coûts engendrés et qui va recevoir les revenus correspondants ? Un autre exemple est le patient souffrant d'un problème cardiaque, hospitalisé pour un bilan pré-opératoire dans le service de cardiologie avant d'être opéré en chirurgie cardio-vasculaire. Qui est responsable ? Malgré leur relative rareté (~5% des hospitalisations), ces situations ont engendré de nombreuses discussions qui n'auraient pas été nécessaires autrement.

Un troisième type de problèmes est lié aux règles de gestion contradictoires. Quelques responsables ont continué à exiger que le nombre de postes (EPT) budgétés soit strictement respecté ou à empêcher des transferts de ressources entre les salaires et les autres charges, alors que la directive officielle était d'équilibrer les comptes. Un service a eu de la peine à faire accepter l'augmentation du nombre de contrats d'engagement à durée limitée, motivée par le souci de mieux moduler les forces de travail en fonction du volume de prestations fournies sur le marché interne. Les règles de facturation du sang ont également posé quelques problèmes : le sang commandé pour une intervention est souvent inutilisé (risque d'hémorragie non réalisé) ; or, il semble que le sang restitué au centre de transfusion sanguine n'ait pas toujours été déduit des factures. Des questions ont surgi pour savoir qui paie les frais de repas des personnes invitées au restaurant du CHUV. Le personnel en formation ou en cours de spécialisation n'est pas toujours affecté au service dans lequel il travaille, ce qui a suscité quelques débats. Plusieurs chefs de service se sont plaints du fait que les nouvelles règles d'allocation interne des ressources avaient certes été explicitées et communiquées, mais trop mollement. Beaucoup se demandaient en cours d'année si elles étaient encore valables. «Comme pour beaucoup de choses, cela a été dit sans vraiment le dire. Les règles n'ont pas été assez claires».

Des discussions plutôt houleuses ont eu lieu pour fixer la définition du diagnostic principal, qui influe fortement sur la somme allouée pour une hospitalisation. S'agit-il du diagnostic qui a motivé l'hospitalisation ou du diagnostic qui a occasionné le plus de dépenses ?

Un seul commentaire vraiment connotés positivement a été émis sur ce thème : «La mise en place du SID a permis de clarifier la procédure d'ouverture et de fermeture des lits».



#### 4.3.5 *La fréquence de mise à jour*

Peu de dirigeants se sont exprimés au sujet de la fréquence de mise à jour de l'information. La plupart ont insisté sur la nécessité d'une imprégnation longue pour changer les mentalités, principalement au sujet des enquêtes de satisfaction. «Lors d'un entretien d'évaluation d'un cadre infirmier, je lui ai demandé ce qu'il pensait des résultats de satisfaction ; j'ai bien vu que ce n'était pas encore entré dans les moeurs. Il faut répéter l'opération». «Il y a eu une seule enquête de satisfaction du personnel. C'est terrible, ça ! Toutes les insatisfactions de la terre sont sorties ce jour-là. Il faudrait renouveler l'enquête tous les trois mois.»

Quant à certains tableaux de suivi, comme celui des autres charges, ils ne sont généralement pas lus durant les premiers mois de l'année. Pourtant, plusieurs personnes se sont plaintes du «trou de quatre mois du début de l'année 1998».

#### 4.3.6 *Le cheminement de l'information*

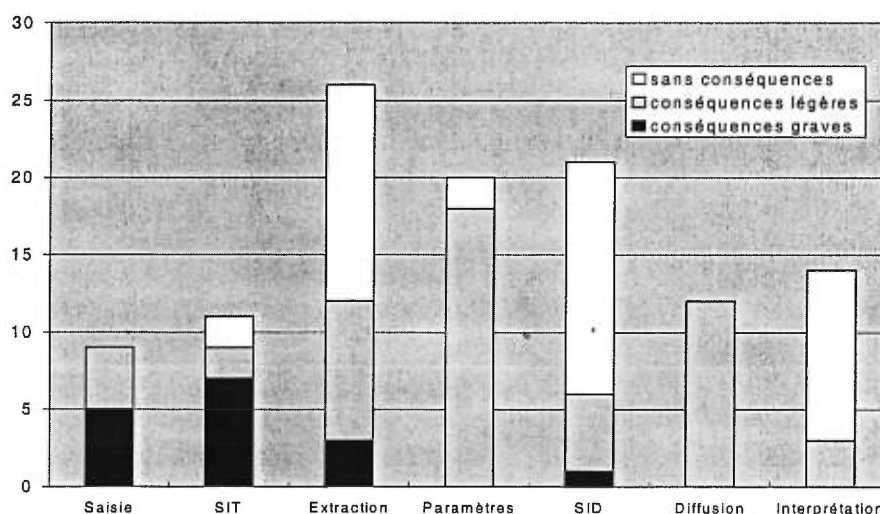
Les données suivent souvent un long cheminement avant de se transformer en information. Par exemple, le montant alloué aux services en fonction des pathologies présentées par les patients repose grossièrement sur la chaîne suivante :

1. le médecin pose les diagnostics, qu'il dicte à une secrétaire médicale qui les intègre dans la lettre de sortie ;
2. une archiviste professionnelle reprend ces diagnostics et leur attribue à chacun un code de la 10<sup>ème</sup> Classification internationale des maladies ;
3. ces codes sont saisis dans l'ordinateur central du CHUV, en spécifiant quel est le diagnostic principal selon les directives de l'Organisation mondiale de la santé à partir de la lettre de sortie ;
4. ces données sont extraites de l'ordinateur central du CHUV et transmises à l'Office de la planification et de l'évaluation ;
5. les données relatives à plusieurs séjours sont agrégées par hospitalisation, selon un algorithme précis, pour être envoyées dans le bon format au Service cantonal de recherche et d'information statistiques ;
6. ce dernier attribue une catégorie d'affection, après avoir traduit les nomenclatures dans les versions américaines nécessaires à l'utilisation du groupeur DRG (*Diagnosis Related Groups*) ;

7. les données complétées sont alors retournées à l'Office de la planification et de l'évaluation qui affecte un Groupe de patients hospitalisés à chaque hospitalisation ; cette information est combinée au service pour attribuer un tarif et calculer le montant de l'enveloppe par affectation du service en question.

Un tel circuit est problématique, car le dirigeant se trouve dans l'impossibilité de juger de l'impact des données fournies dans la lettre de sortie. Les anomalies sont d'autant plus difficiles à détecter et à corriger que le cheminement de l'information est long. Dans ce cas particulier, le circuit a pu être raccourci grâce à l'acquisition d'un groupeur adapté aux nomenclatures européennes. La longueur du cheminement de l'information n'est pas un problème si les données sont exploitées une fois par an. Mais la mise en place d'un système de pilotage interne exige un rythme mensuel au moins ; or la majorité des pannes relevées dans le registre des incidents sont liées aux extractions mensuelles (figure 3). La majorité des incidents graves (pouvant mener à une interprétation erronée) sont liés à des problèmes de saisie ou de traitement de données des systèmes d'information transactionnels (SIT). Dans tous les cas, un trop long cheminement des données tend donc à réduire la sécurité de la production des informations.

Figure 3. Répartition des incidents d'exploitation du SID (nombre d'incidents)



Les dirigeants se sont plaints à de multiples reprises de la longueur du cheminement de l'information dans plusieurs domaines : «Je n'arrive pas établir le lien avec les factures. Il y a des gens dans le circuit qui peuvent dire non, celle-là on ne la paie pas sans que je sois informé. Cela me dérange beaucoup.» ou «Quand je vois les usines à gaz que l'on est en train

de monter au sein de cette maison, cautionnées par tout le monde, cela m'énerve prodigieusement. J'aimerais que l'on simplifie les procédures : il y a trop d'intervenants.» Ce type de critiques a été émis à propos des achats, du personnel, de l'enregistrement des mouvements de patients, du codage des diagnostics, des modifications de structure et de budget, du paiement des factures. Cette lourdeur a été évoquée pour expliquer pourquoi les médecins assistants d'un département ne sont souvent pas affectés aux bonnes unités (nombreuses mutations voulues pour assurer une formation continue adéquate).

Outre ces problèmes organisationnels, la complexité du cheminement s'accroît également sur le plan informatique. Les applications informatiques deviennent en effet toujours plus spécialisées et propres à chaque département. Les nouvelles technologies (*Data Gate*, *Data Warehouse*) ne sont pas encore assez mûres pour assurer la cohérence de l'ensemble : «Il manque un chef d'orchestre pour réguler les flux de données entre applications».

La seule remarque positive à propos du cheminement de l'information concerne l'amélioration des procédures d'extournes relatives aux salaires (correction des erreurs d'affectation).

#### 4.3.7 L'émetteur

La position de l'émetteur peut influencer sur l'interprétation de l'information. Ainsi, un dirigeant relève que «Les administrateurs n'ont pas la liberté de mouvements suffisante. Il faut un organe extérieur au CHUV, comme l'Office de la planification et de l'évaluation pour produire une information neutre».

Mais plusieurs remarques vont dans le sens inverse : «Les gens ont exprimé leur scepticisme vis-à-vis de la direction : *Big brother is watching you*», «Le problème fondamental est un problème d'appropriation par les utilisateurs. Il y a un a priori historique défavorable à tout ce qui vient de l'Administration des Hospices».

La position de l'Office de la planification et de l'évaluation, externe au CHUV, ne serait cependant pas suffisante, lorsque le destinataire de l'information est l'organe de tutelle politique. Ainsi, dans le cadre des discussions relatives à la planification des lits : «La source de l'information est importante : un tiers de réputation internationale n'est pas suspect d'être partisan. Une source interne d'information doit prouver sa rigueur sur une longue durée pour obtenir le même crédit.» Ces propos montrent bien que l'information est un instrument de pouvoir : elle n'est neutre pour personne...

Par ailleurs, l'introduction du SID a créé un conflit entre les unités candidates à l'émission des tableaux : «A un certain moment, des documents émanant de chez toi sortaient en même temps que les miens. Nous avons alors décidé que seuls les tiens continueraient à être produits, mais j'ai profité de l'énervernement ambiant parce qu'ils ne sortaient pas pour sortir les miens. J'ai ressenti un sentiment de dépossession, parce que nous étions sur la voie de faire quelque chose de correct.»

#### 4.3.8 *La transparence*

Tous les tableaux de bord et de suivi du CHUV, y compris les plus détaillés, ont pu être consultés sur Intra-net à l'aide d'un mot de passe qui a été envoyé à tous les cadres des Hospices (y compris à des établissements autres que le CHUV). Cette volonté de transparence a été largement discutée avant d'être appliquée ; elle a reçu un appui sans réserve du directeur général. Cette transparence implique qu'il n'y a aucune asymétrie entre les dirigeants du point de vue de l'accès aux informations. Tous les intervenants ont reçu la même documentation et le même type d'appui de la part de l'Office de la planification et de l'évaluation. «Avant, il y avait une diffusion confidentielle de l'information, pas de vision partagée». «Montrer chaque mois la pénurie de personnel infirmier, ça démoralise» est le seul commentaire touchant aux tableaux de bord et de suivi. Comment expliquer qu'il n'y ait eu aussi peu de remarques à propos d'un changement non négligeable ? Les responsabilités étaient-elles tellement diluées que les rapports de force ne risquaient pas d'être modifiés par l'uniformisation de l'accès à l'information ? Le CHUV étant un hôpital public, la transparence était-elle considérée comme légitime ? Les tableaux de bord et de suivi sont-ils si difficiles à interpréter sans connaissance du contexte, qu'ils ne peuvent être utilisés pour asseoir son pouvoir ?

Les autres commentaires se rapportent à la garantie d'anonymat liée à l'enquête de satisfaction des professionnels. Trois dirigeants ont rapporté les craintes ressenties par le personnel : «Des personnes de mon entourage ont eu des craintes au sujet de la confidentialité, en raison du numéro d'identification prévu pour les rappels». Mais le taux de participation de 72% indique qu'un rapport de confiance suffisant a pu être établi. Un autre dirigeant souhaite une plus grande transparence : «L'anonymat, je m'en fiche. Le fait d'avoir envoyé le questionnaire à la maison, c'est discutable. Il faut que les gens osent dire les choses sur leur lieu de travail. La peur finira par tomber.»

#### 4.3.9 *La fiabilité et la validité des informations*

Peu de remarques ont été faites au sujet de la fiabilité. A l'exception de l'attribution des médecins assistants aux différents services du département de médecine, la fiabilité du suivi du personnel est considérée comme s'étant nettement améliorée. Un service relève qu'une vérification minutieuse a montré que «les chiffres correspondent à 1% près». Quelques menus problèmes ont été signalés quant à l'affectation de certaines charges (confusion entre des biens consommables et des appareils médicaux, comptabilisation du sang).

En revanche, des problèmes de validité (biais) ont exaspéré plusieurs dirigeants. «Quand on voit les pertes et les profits, on attrape le coup de sang en se disant : mais comment est-ce qu'ils ont fait, où est-ce qu'ils ont trouvé tout ça ?». Ces fortes émotions ont été provoquées par une brusque détérioration des pertes et profits apparemment inexplicable : les effectifs en personnel étaient inchangés, les pratiques médicales ne s'étaient pas modifiées, le nombre d'hospitalisations était stable, il n'y avait pas eu de cas extrêmes et les pathologies présentées par les patients n'avaient pas varié. La première réaction, fréquemment observée les premiers mois, était : «c'est tout faux». L'examen attentif des tableaux permettait cependant de trouver la source de telles anomalies. Par exemple, le Comité de pilotage du projet «Allocation interne des ressources» décide en cours d'année de ne plus financer les hospitalisations tant que les diagnostics ne sont pas codés, afin d'inciter les médecins à remettre les dossiers médicaux au Centre des archives médicales dans un délai de 2 à 3 semaines. L'effet a été double : il a certes poussé les médecins à prendre conscience du problème, mais il a également discrédité les tableaux de suivi. «Les gens regardent, c'est un réflexe normal, les pertes et profits. Or, ces derniers sont biaisés : cela tue la crédibilité du système». Les chefs de service se sont habitués à entendre leurs administrateurs dire : «Oui, vous êtes en déficit, mais vous verrez cela va se corriger lorsque les dossiers médicaux de votre service auront été codés».

Les problèmes de codage des diagnostics ne sont pas la seule source de biais. L'absence de gestion des stocks fausse le suivi des autres charges, notamment lorsqu'il s'agit d'achats groupés (matériel d'implantation par exemple). Par ailleurs, certaines écritures ne sont passées qu'une fois par an, comme les amortissements, les contrats d'entretien, certains loyers, les prestations spéciales. Des retards de facturation ont également faussé les tableaux de bord et de suivi. Etant donné que «les administrateurs n'ont pas été autorisés à injecter des provisions pour corriger les chiffres», des tableaux parallèles corrigés à la main ont été produits et distribués aux chefs de service.

La mensualisation de certaines écritures annuelles devrait permettre d'assainir la situation. Les problèmes de facturation ont finalement été résolus, mais ces biais ont généré deux types de réactions de rejet. Le premier tient à la prise de distance des chefs de service par rapport aux tableaux : «Les chiffres du service X sont assez effrayants, mais il y a toujours une explication derrière (prestations spéciales par exemple). C'est délicat pour une personne qui n'est pas comptable» ou «J'ai vu que la lourdeur était très aléatoire, j'ai l'impression de perdre mon temps, si tout est fragile et non contrôlable». Le second est lié aux conséquences d'une prudence excessive (les biais ont tous tendance à aggraver la situation financière). «On a trop serré les services en 1997 en créant un sentiment de stress, alors que parallèlement on a fait un bénéfice trop important qui nous est amèrement reproché.» Les journaux n'ont en effet pas manqué de se gausser du bénéfice de 5-6 millions effectués en 1997 par le CHUV. Au contraire d'une entreprise commerciale que l'on félicite pour son bon résultat, le CHUV s'est trouvé en effet pris en tenaille par deux critiques opposées : les autorités politiques en ont déduit que l'hôpital pouvait parfaitement fonctionner avec moins de ressources et le personnel s'est plaint d'avoir été inutilement surchargé.

Une partie de ce bénéfice s'explique également par des revenus plus élevés que prévus ; ces derniers n'ont pas été intégrés dans le SID conçu en 1993 sous le régime de l'enveloppe budgétaire fixe. Une harmonisation des mécanismes de financement externe et interne devenait donc nécessaire pour faire face aux turbulences accrues de l'environnement (effritement de la clientèle privée, revenus variables plus importants).

Deux dirigeants ont relativisé les problèmes liés à ces biais : «Je constate que sur un terrain mouvant, on arrive quand même en bout de ligne à dire que ce n'est pas si mal visé... A 300 milles francs près, je trouve ça très bien» et «Les sources de biais nous ont été communiquées, nous avons toujours été tenus au courant du montant que cela représentait.»

Pour les personnes chargées de produire les tableaux de bord et de suivi, ces biais ont été un véritable poison. En effet, chaque fois qu'un problème était réglé, un nouveau, ignoré jusque là, apparaissait. Il a donc fallu procéder à des ajustements successifs qui n'ont pas permis de stabiliser les tableaux. Outre les difficultés techniques, il en est résulté un phénomène de rejet, notamment auprès des plus impatientes : «Votre presse-purée expérimental, je n'en veux plus». Ce n'est qu'au printemps 1998, c'est-à-dire deux ans après sa mise en exploitation que l'instrument de suivi a trouvé son rythme de croisière.

#### 4.3.10 *L'intérêt de l'information*

Aussi pertinente et fiable soit-elle, l'information a plus de valeur si elle est capable de surprendre le dirigeant. «Il y a un phénomène d'accoutumance, les situations se ressemblent d'un mois à l'autre. Il faut créer l'événement, la surprise pour que les résultats soient pris en compte». «Un dirigeant a le monopole de l'information : il en sait toujours plus que les autres. Il a tendance à croire qu'il sait d'avance. Il faut donc trouver un système ou quelqu'un qui le mette à l'épreuve de la réalité.» «Les tableaux de suivis sont nécessaires pour surveiller les aléas. Il peut y avoir une fragilité causée par des événements insoupçonnés, imprévus. Les tableaux de suivi sont importants, parce que l'on a tendance à rejeter l'information qui détruit la connaissance construite». «Sans standards, l'information n'est pas intéressante ; il faut des seuils d'alerte».

Autant de dirigeants se sont déclarés surpris («j'ai découvert que...») que confortés par les résultats («c'est de l'information morte»).

#### 4.3.11 *Le délai de mise à disposition*

La production des tableaux de bord et de suivi a souvent donné lieu à des retards de livraison de 3 à 4 jours en 1996, moins souvent en 1997. De gros problèmes d'extractions de données ont entraîné un «trou de quatre mois» au début de l'année 1998. Des discussions ont alors eu lieu pour savoir qui devait avertir les dirigeants des retards, fournir des excuses et annoncer la nouvelle date de sortie sur laquelle personne n'osait plus s'engager... Chaque retard ayant valu à l'Office de la planification et de l'évaluation des téléphones de personnes impatientes, on pouvait s'attendre à ce que les délais de mise à disposition constituent un problème important. Par exemple : «Je sais bien que vous êtes au bout du robinet, avec une mécanique et des alimentations qui viennent de tous azimuts et que les retards sont pris amont. Mais l'ensemble ne marche pas.» Trois chefs de service ont cependant déclaré pouvoir s'accommoder de ces délais : «Je préférerais recevoir les tableaux 3 ou 4 jours plus tard, mais qu'ils aient été corrigés par l'administrateur». La principale source d'insatisfaction des dirigeants tient à des délais annoncés mais non tenus. Mais dans l'ensemble, les critiques ont été moins virulentes que prévu sur ce thème.

Il ne faut pas négliger pour autant l'impact des retards sur l'esprit de collaboration entre les unités concernées (principalement l'Office des finances, le Contrôle de gestion, l'Office informatique, l'Office du personnel et l'Office de la planification et de l'évaluation). Des contrats ont dû être signés entre offices pour spécifier avec la plus grande précision les

champs, les nomenclatures, les formats et les critères de validation des fichiers transmis. Les données ont été extraites le 10 du mois, afin que les tableaux puissent être mis à disposition le 20. Cette pression n'a pas toujours favorisé la coopération : «Vous nous avez usés avec le SID».

#### 4.3.13 *L'accessibilité*

«L'accès aux tableaux de suivi sur le réseau informatique Intra-net permet à tous les cadres d'accéder à la même information en même temps.» Cela a évité en effet que certains dirigeants puissent tirer un avantage d'une asymétrie informationnelle. Plusieurs critiques ont été émises au sujet de la diffusion, jugée trop confidentielle, des résultats des enquêtes de satisfaction.

#### 4.3.14 *L'assistance*

Il s'agit là d'un des seuls points où les louanges ont été plus nombreuses que les récriminations. Bien que les administrateurs n'aient été impliqués dans l'élaboration du SID que tardivement, leur aide a été essentielle pour son acceptation, même temporaire. «Je regarde les tableaux un mois sur deux, en prenant mon stabilo et je téléphone à mon administrateur ou à une infirmière pour avoir des explications. De mois en mois, le survol se fait plus rapide.» «Moi, ça m'intéresse, mais j'ai besoin d'une personne à côté pour m'expliquer.» «Si l'on n'avait pas confiance dans notre administrateur pour nous signaler des choses qui nous auraient échappé, on serait plus inquiet sur nos performances de lecture» (confrontation des coûts directs avec la lourdeur des patients, marché interne). Le rôle des administrateurs a également été essentiel dans l'acceptation des imperfections du SID : «Il y a chaque fois une explication raisonnable, il faut se calmer. On fait un gros effort pour essayer de comprendre ; on nous a dit que tout va s'arranger.»

Certains administrateurs ne se sont pas sentis suffisamment soutenus : «On accumule les frustrations à notre niveau, on laisse tomber et finalement le système se décrédibilise un peu». Or, leur appui essentiel pour la décentralisation se déploie jusque dans les services : «Comme j'ai beaucoup d'autres choses à faire, je me contente d'équilibrer les comptes au niveau du département».



#### 4.3.14 *Les demandes d'aide*

A plusieurs reprises l'Office de la planification et de l'évaluation a proposé ses services pour aider les dirigeants à interpréter les tableaux. Des répondants ont été désignés pour chaque département. Les demandes d'aide ont cependant été peu nombreuses (trois ou quatre par mois) ; des cours de formation continue ont été proposés, mais la participation s'est révélée faible (un service sur six).

Comment l'expliquer ? Les relations d'aide s'inscrivent dans le réseau habituel de relations, mais la fonction de contrôle de gestion est étroitement liée à l'exercice du pouvoir ; il est important pour un dirigeant de pouvoir demander de l'aide à une personne complice, dont on est sûr de la loyauté. L'administrateur a joué à ce titre un rôle central, plus proche.

Plusieurs dirigeants ont relevé qu'ils n'avaient pas besoin d'aide, parce que les tableaux les déchargent d'un effort laborieux de traitement des données.

#### 4.3.15 *La vérifiabilité et la croyance*

Quel que soit leur niveau hiérarchique, les dirigeants ont insisté sur la nécessité de pouvoir vérifier les informations fournies. «Il est important de partager une information de base pour pouvoir dialoguer. Or, il n'y a actuellement pas une croyance suffisante de tout le monde». «Il est important de bien comprendre les anomalies. Parce que les gens ont toujours un alibi, de se dire que cela ne marche pas là, donc cela ne marche nulle part». «Pour que les tableaux soient utiles, il faudrait que les chefs de service valident leur activité. Il faudrait passer à une étape où ils s'impliquent, pour qu'ils aient confiance dans les tableaux.»

La croyance dans les chiffres produits ne s'installe pas tout de suite. Les commentaires favorables touchent aux tableaux les plus anciens (suivi des charges salariales et des autres charges) : «Les suivis financiers jouent bien, on regarde simplement que les corrections sont faites». Seules quelques personnes ayant un accès direct aux données élémentaires se sont dites satisfaites sur ce point : «Je suis un mauvais exemple dans la mesure où je dispose d'une base de données très précise et contrôlée». La confiance s'installe petit à petit, après une durée d'utilisation d'un à deux ans : «On a le sentiment que ça joue : quand il y a moins de patients, on consomme moins de médicaments, les relations fonctionnent, c'est clair. Il faudra progresser sur le thème des soins infirmiers et des soins intensifs pour aller plus loin... commencer à discuter des standards.»

Avant de les utiliser, plusieurs dirigeants ont soumis les tableaux de suivi à leurs collaborateurs pour qu'ils en vérifient la plausibilité : «Les médecins deviennent très actifs dans le

domaine du codage ; ils ont compris qu'il y a des incidences financières.». «J'ai demandé à un médecin de mon service de regarder le codage des diagnostics, à un autre de suivre les prestations demandées.»

Dans de nombreuses situations, il est difficile pour les dirigeants de vérifier eux-mêmes la véracité des informations produites : cela prend trop de temps, l'accès aux données élémentaires n'est pas possible, les dates d'extraction ou les définitions ne sont pas les mêmes entre les systèmes d'information transactionnels et dirigeants. Ce problème est d'autant plus gênant que des données contradictoires existent simultanément sur des supports différents. Les personnes interrogées en ont fourni de nombreux exemples. Un chef de service consulte les comptes relatifs aux salaires versés : il ne trouvait pas le même montant que dans les tableaux de suivi parce que le treizième salaire n'était pas intégré dans la comptabilité. Le taux d'occupation des lits diffusé par le système informatique ne donnait pas les mêmes valeurs que le SID, parce qu'il est basé sur une définition ancienne qui n'a plus cours (les taux pouvaient être supérieurs à 100%). La structure du CHUV (découpage en unités) et les nomenclatures n'étaient pas les mêmes entre les différents systèmes d'information transactionnels, qu'il s'agisse de la comptabilité, de la gestion du personnel, des mouvements de patients, des commandes de prestations ou de la statistique médicale par exemple. Les différentes structures et nomenclatures ont été harmonisées dans le SID, mais au prix de nombreux transcodages qui n'ont pas facilité les vérifications. Si l'on ajoute encore les problèmes liés aux mises à jour des fichiers (élimination des enregistrements aberrants, extournes comptables, etc.), on s'est aperçu qu'il y avait de nombreuses sources de divergence entre le SID et les systèmes d'information transactionnels. Environ un tiers du temps passé par l'Office de la planification et de l'évaluation a été consacré à expliquer des écarts de ce type. Ces investigations, qui ont rarement révélé des erreurs de calcul, ont été essentielles pour obtenir la confiance de l'état-major de la direction du CHUV et les administrateurs des départements.

#### 4.3.16 *Intelligibilité*

«Un autre cas de figure est que le récepteur accepte de se remettre en cause, mais que l'information ne lui dit rien, elle n'a pas la puissance suffisante». Seule une information intelligible a quelque chance de produire un impact.

Quelques dirigeants déclarent bien comprendre les tableaux, même dans leurs aspects les plus complexes (lourdeur des patients, marché interne). Même si les discussions à bâtons rompus ont montré qu'ils en comprenaient l'essentiel, la majorité d'entre eux ont rencontré des difficultés de compréhension. De nombreuses critiques sont émises au sujet de la typologie des affections, qualifiée de «boîte noire». Par exemple : «Il n'est pas facile de deviner que la catégorie "Opérations cardiaques et de gros vaisseaux" comprend principalement des ruptures d'anévrisme de l'aorte». «Les médecins se demandent comment sont triturés les diagnostics pour faire les catégories de patients». «Les groupes de pathologies ne sont pas toujours homogènes, même si parfois certains regroupements sont plus clairs comme "hémorragie et thrombose cérébrale"». Mais je ne comprends pas pourquoi il n'y a que 53 patients dans cette catégorie.» «On aimerait s'y retrouver complètement, cela nous met de mauvaise humeur».

Les dirigeants ont de la peine à comprendre pourquoi certains revenus sont affectés directement aux services et d'autres à la direction de l'établissement. L'ordre alphabétique utilisé pour classer les prestations ne facilite pas leur lecture. Plusieurs chefs de service ont relevé un problème de signes<sup>††</sup>.

On pourrait multiplier les exemples. Une partie des critiques émises peuvent trouver des solutions (clarifier les libellés, supprimer systématiquement les abréviations ou les sigles, uniformiser les bornes temporelles du suivi, etc.) ; mais l'analyse des problèmes relevés montre aussi que seule une formation adéquate permet aux dirigeants de s'approprier des instruments de gestion. La plupart d'entre eux n'ont pas de formation dans le domaine de la gestion ; il est donc indispensable de prévoir un soutien dans ce domaine. «Quand je suis arrivé, j'ai trouvé tout ça très compliqué, cela me faisait peur». Les médecins chefs de ser-

---

<sup>††</sup> Un écart est généralement calculé en soustrayant les valeurs standard aux valeurs réelles. Par exemple, on dit qu'un écart de durée d'hospitalisation est de deux jours, si la durée moyenne est de huit jours et la norme de six jours. Mais les écarts de charges sont calculés avec la règle inverse : un service qui a dépensé 300'000 francs de médicaments au lieu des 350'000 francs budgétés a un écart positif de 50'000 francs. Cette règle s'explique par le fait que le service a l'impression de disposer d'un bénéfice. Symboliquement, «un bonus, c'est bien donc c'est positif ; un malus, c'est mal, donc c'est négatif». Par ailleurs, cette règle permet de faire en sorte que la perte ou le profit soit égal à la somme des écarts de

vice sont prêts à s'impliquer ; mais ils souhaitent également que les aspects trop techniques soient réglés directement par le corps administratif. «Je crois avoir compris l'essentiel, mais il y a des choses qui m'échappent. Vous avez apporté des facteurs de correction et je me retrouve avec un bénéfice, ce qui me réjouit, mais je ne comprends plus».

De nombreux dirigeants demandent que l'on simplifie le système d'allocation interne des ressources ; mais dès que l'on touche à leur sphère d'influence, ils souhaitent plus de finesse : «Je n'ai pas compris comment l'on calcule le coût de la buanderie. Vous semblez penser que l'on utilise toujours le même nombre de draps par jour» par exemple.

#### 4.3.17 La disponibilité de l'aide

Cet aspect n'a pas été abordé par les dirigeants. On notera cependant cet extrait du rapport d'audit opérationnel de l'année 1997 :

*«Les fondements de la démarche n'est en aucun cas remis en doute. (...) Nos interlocuteurs semblent disposés à composer avec un système caractérisé par diverses imperfections. La pleine adhésion des responsables (...) se heurte cependant à un obstacle majeur : le sentiment que ce système est mis en place, développé et géré de manière centralisée, sans véritable volonté d'intégration de l'ensemble des acteurs dans la démarche. Ce sentiment trouve son origine dans deux griefs principaux : le manque de transparence perçu en ce qui concerne les règles (...) et le déficit de communication «au quotidien» entre le Contrôle de gestion et l'Office de la planification et de l'évaluation permettant d'apporter des réponses aux questions qui, s'accumulant, contribuent à installer le scepticisme dans les esprits. (...). Une réponse aux questions émanant de l'ensemble des services implique des ressources en temps et en personnel dont cet office ne dispose pas à l'heure actuelle.<sup>138</sup>»*

#### 4.3.18 Le porte-parole

L'information a besoin d'un amplificateur pour être entendue. «Cela dépend beaucoup de la discipline. Il faudrait payer quelqu'un pour dire les choses qui ne nous arrangent pas. X joue bien ce rôle par exemple». «Il devrait y avoir un porte-parole aux tableaux. Les lire n'est pas suffisant pour une prise de conscience. Par manque de temps.» «On n'est pas suffisamment interpellés». «Aucun tableau n'a la puissance d'explication et d'anticipation de Y.» «Il

---

charges et de revenus. La seule manière de corriger cette anomalie aurait été de comptabiliser les charges en valeurs négatives ; mais cela aurait bouleversé les habitudes.

faudrait donner plus de vie à l'enquête de satisfaction des patients, créer des événements pour donner vie à l'esprit d'entreprise.»

L'émotion semble nécessaire pour que l'information soit prise en compte : «Une lettre d'une collègue en dépression a plus d'impact qu'un énorme écart sur le tableau de bord » (à propos de la surcharge de travail, instrument PRN).

#### 4.3.19 *La réceptivité*

L'impact d'une information dépend aussi de la disponibilité d'écoute du dirigeant. Plusieurs exemples liés à l'enquête de satisfaction du personnel montrent qu'une information peut être de qualité (pertinente, fiable, intelligible, accessible, etc. (RIVARD et TALBOT, 1992<sup>190</sup>) sans produire l'effet escompté. «S'ils ne sont pas contents, ils n'ont qu'à aller ailleurs», «J'ai bien demandé à X de voir la situation de plus près. Il me répond qu'il s'agit de troupes réfractaires, que le mobbing, ... nostalgie d'un passé révolu, etc. Je suis rassuré ; mais l'insatisfaction va perdurer». «Il n'y a pas eu de mesure corrective avant longtemps, parce que j'ai refoulé l'information. Le problème a bien été discuté avec le professeur X. Il m'a dit que c'était la haine, les clans et que ça ira mieux. Cette réponse m'arrangeait, les mécanismes d'auto-protection ont fonctionné». «Les problèmes touchaient surtout des personnes qui me sont éloignées. Les plus proches me disaient en toute sincérité que tout va bien.»

Parfois, la disponibilité d'écoute individuelle est bonne, mais elle est difficile à partager. «La discussion des situations problématiques devrait avoir lieu dans le conseil. Mais se plaindre dans ces lieux signifie que l'on n'a pas réussi à faire comme il le fallait. On ennuie les autres avec une question. Alors, il ne se passe rien.» «C'est fou comme le groupe peut rejeter une information qui l'embarrasse, qui le met en cause».

#### 4.3.20 *La culture d'entreprise*

L'un des principaux impacts du SID rapporté par les dirigeants est la modification de la culture d'entreprise : «La mise en place du nouveau système d'allocation des ressources aux Hospices constitue une démarche conséquente et complexe tant au niveau technique qu'organisationnel. Elle représente également un changement culturel majeur, impliquant un transfert de responsabilité important et une modification profonde des comportements.<sup>189</sup>»

Ces changements ont provoqué autant de commentaires favorables au changement que défavorables (tableau XIX). Parmi les aspects positifs, les dirigeants mentionnent la motivation

apportée par le fait de pouvoir conserver le bénéfice comptable de l'exercice, l'autonomie des services dans l'utilisation de leur enveloppe budgétaire, l'implication du corps médical dans les aspects économiques, la capacité de s'arracher au poids de l'histoire, une plus grande flexibilité dans la gestion du personnel, l'attention accrue au point de vue des patients. «Si les tableaux n'étaient plus envoyés, on aurait une recentralisation des pouvoirs de décision. Le Contrôle de gestion du CHUV reprendrait le pouvoir qui nous a été donné».

Les nouveaux mécanismes d'allocation interne des ressources ont été dans l'ensemble bien accueillis et plus ou moins bien compris : «Les tableaux ont poussé les administrateurs à des tractations plus poussées avec les médecins. Certains ont compris le système, d'autres pas. Tu ne codes pas, tu paumes de l'argent.» «La pensée économique s'est étendue aux médecins et aux infirmiers, les pratiques commencent à intéresser les administratifs.»

Les critiques sont liées au sentiment de certains d'être coupés de la direction, d'être allé trop loin dans la décentralisation. «Fermer l'accès de l'unité de soins intensifs de pédiatrie aux urgences hélicoptérées durant 4 à 5 mois, est-ce éthique ? Etait-ce à moi de trancher ? Une telle décision devrait être du ressort de la direction de l'hôpital, voire du Conseil d'Etat.» Un médecin chef de service affirme : «Les docteurs ne sont qu'un maillon de la chaîne ; on leur a donné toutes les responsabilités».

«Le SID a contribué à construire une image de la direction des Hospices. Une image de sérieux et de méthode que l'on ne trouve pas forcément ailleurs». Mais l'impact attendu du SID ne semble pas atteint aux yeux de plusieurs. «Les budgets sont encore très liés aux situations historiques». «On ne change pas les mentalités avec l'introduction de ces documents». «Les normes de pratiques sont encore implicites.» «Il y a une grande démission de la part de certains chefs de service.» «La grand-mère de 85 ans qui a un ulcère perforé, qui va faire une broncho-pneumonie et qui va mettre 3 ou 4 semaines pour mourir, je suis actuellement obligé de la prendre en charge. J'essaie bien sûr limiter au mieux les coûts, mais il n'y a pas vraiment eu de réflexions sur nos priorités». «On n'a pas mis à jour notre système de valeur. Tout est fondé sur la relation d'aide, donner le maximum. Il n'y a pas de vision critique sur nos pratiques».

La mise en place du SID a mis en évidence beaucoup de problèmes implicites, obligeant la direction du CHUV à clarifier les structures et les rôles de chacun. Or, le flou présente bien des avantages : plusieurs chemins restent ouverts, des personnes peuvent étendre leur champ d'action sans provoquer de rejet, etc. Paradoxalement le SID n'a pas été ressenti comme un élément structurant : «Vous inoculez le désordre !».

Des responsables de département et de service affirment : «La décentralisation des pouvoirs de décision était indispensable». «Les tableaux ont ancré technocratiquement, dans le bon sens du terme, des règles qui étaient implicites.» Le même phénomène n'a pas été ressenti de la même manière par les dirigeants qui ont perdu de leur influence : «La responsabilisation n'est pas vécue comme libérant les énergies, mais comme quelque chose qui l'entrave, par une augmentation de la paparasse.» Le SID est un agent d'harmonie sociale pour l'hôpital : «Les gens travaillent dans de meilleures conditions s'ils savent que c'est en jouant correctement le jeu qu'ils peuvent gagner de l'argent, plutôt que par des conflits». «Les tableaux fournissent une vision commune et des définitions identiques dans l'institution. Sinon, chaque service aurait sa propre vision.»

#### *4.3.21 Le dialogue et la prise de décision*

L'enquête de satisfaction du personnel a incité les dirigeants au dialogue, c'est indéniable : «Le responsable en question a été catastrophé par le résultat, mais il était motivé pour faire face à une discussion, notamment avec ses cadres. L'enquête a déclenché le dialogue, ce qui est déjà une forme de thérapie». «L'enquête est extrêmement utile comme base de discussion pour l'entretien d'appréciation des chefs de service de mon département». «L'enquête a permis aux personnes, notamment celles qui ont une vie difficile, d'exprimer une anxiété souvent irrationnelle, pas forcément liée aux problèmes professionnels.» «L'enquête a conduit à un rapprochement avec mon administrateur». «La conversation a été difficile. Les cadres voulaient tout de suite passer à certaines questions. Il a fallu procéder systématiquement». «50-60% du personnel a participé à la discussion des résultats, c'est beaucoup». «L'enquête fournit une information longue, sur laquelle peut se construire un dialogue». «Je n'ai pas utilisé les tableaux, mais je pense qu'il est nécessaire d'acheminer l'information à l'intention des gens extérieurs aux Hospices».

Le SID n'a pas fait que créer des occasions de se parler. Il constitue en lui-même un langage : «PRN, c'est le seul langage que l'on peut parler».

Les tableaux de suivi n'ont pas généré les mêmes enthousiasmes, même si le but de favoriser le dialogue paraît également essentiel. «Il s'agit d'éclairer la scène pour développer une capacité de compréhension et donc de dialogue.» «Ce n'est pas l'instrument de dialogue entre les différents niveaux de l'entreprise que cela devrait être». «Je pense que ce que certains qualifient de dialogue est plutôt vu comme une inquisition par les services.»



Les propos relatant des décisions prises grâce au SID ont été relativement rares (8 fois), touchant exclusivement l'amélioration de l'offre des repas (enquête de satisfaction auprès des patients et du personnel) et l'image de la direction. Plusieurs dirigeants se sont plaints du man-que d'impacts en terme de décisions prises : les résultats de l'enquête conduite auprès des patients n'ont pas été suffisamment exploités, aucune analyse interdisciplinaire des performances n'a été entreprise, un dirigeant a parfois eu l'impression de «s'occuper du sexe des anges, alors que la maison brûle». «L'instrument a répondu à nos attentes, mais il ne lie pas assez les ressources à l'activité. On tient évidemment compte des fortes augmentations d'activité, mais pas des secteurs d'activité qui baissent par exemple».

Plusieurs ont insisté sur le fait qu'il faut savoir attendre pour observer les impacts. «Mais je crois que ce n'est pas une raison de renoncer. Notre problème, c'est que trop souvent on lance des projets qui ne vont pas à leur terme. Il faut être persévérant.» Cette inertie au changement a été maintes fois signalée : «Il faut être dans un quasi *burn out* pour qu'il y ait une réaction (dotation en personnel infirmier)». «Cela n'a pas beaucoup bougé, mais la situation se normalisera petit à petit, à bas bruit».

#### 4.3.22 L'équité et l'objectivité

Le SID a été apprécié pour la rationalité qu'il a introduite. «La direction du CHUV peut ainsi ramener la discussion sur des faits concrets». «A mon avis, l'enquête est importante pour aider la direction à se défendre contre des attaques irrationnelles, exprimées non seulement au sein de l'unité, mais aussi sur la place publique.» «Ces tableaux ont de grandes conséquences, car vos chiffres font foi. Si je donne mes chiffres, le directeur ne me croit pas.» «Cela a été vraiment un succès, j'ai beaucoup utilisé les résultats dans les entretiens d'évaluation. Jamais l'instrument n'a été récusé. J'avais là le fait initial, irrécusable et objectif, qui permet de poser des questions».

Le SID a également été associé au sentiment d'équité ressenti par les dirigeants. La mise en place des nouveaux mécanismes d'allocation interne des ressources a permis de mettre à jour des valeurs communes et des règles qui ont ensuite été appliquées. De ce point de vue, le SID a constitué un ciment important. Pourtant, quelques dirigeants n'ont pas exprimé ce point de vue ; le SID constitue une menace et inspire une certaine peur. Ainsi, «On ne veut pas perdre de l'argent pour une sorte de jeu d'écritures. Nous sommes inquiets, mais nous entrons en matière.» «On a essayé de cadrer un peu les chefs de service pour qu'ils ne pren-



ment pas tous des bouillons.» «Vous avez cherché à nous responsabiliser. Mais il y a beaucoup de petits détails qui font des gros montants qui nous poussent à contester».

Le renforcement des responsabilités financières a accentué le besoin de clarifier les territoires. La coopération est devenue moins naturelle, ayant tendance à se contractualiser. «Les chimiothérapies deviennent de plus en plus lourdes. Les consultants viennent chez nous et c'est nous qui payons. Nous ne prenons plus les patients du service X, parce qu'ils nous coûtent trop cher.» «La sous-traitance peut mener à des dérapages. Un patient arrive dans un service pour de la bobologie, puis est transféré en chirurgie pour régler un problème plus sérieux : le médecin ne sait pas ce que va faire le chirurgien». «Le cardiologue veut voir le patient juste avant le chirurgien, puis il se retrouve avec tout sur le dos.»

#### 4.3.23 *Les rituels*

L'utilisation de l'information n'a pas toujours été ciblée. Certains ont été frappés par la forte pression pour obtenir coûte que coûte des informations, même si ces dernières n'ont aucun sens ou manquent de fiabilité. «On dirait des loups affamés ; il faut leur donner à manger à tout prix. On discutera du sens des indicateurs après, quand ils seront rassasiés».

L'important est d'apporter des chiffres pour telle séance ou de restituer le rapport annuel dans les temps. A la question : «Vous êtes très critique par rapport aux tableaux de suivi. Pensez-vous qu'il faille tout arrêter ?», la réponse a invariablement été : «Non, nous serions très inquiets» . «Recevoir de l'information est rassurant, on a l'impression de contrôler ce qui se passe».

On constate cependant que l'implantation du SID a modifié certains rituels. A plusieurs niveaux hiérarchiques, les dirigeants ont pris l'habitude d'insérer un point relatif au suivi. «Pour moi, les tableaux ont pour but de voir que c'est à peu près en ordre...». Il ne s'ensuit pas forcément des décisions, mais la discussion des indicateurs est entrée dans les moeurs. «Le rituel de l'évaluation se transforme. D'une conversation mondaine, on passe à une information beaucoup plus précise».

Le respect des délais est essentiel pour que le SID s'insère dans les rituels existants : «Il faudrait garantir une production régulière des tableaux. Que l'on sache que l'on peut compter dessus.»

#### 4.3.24 *Le bruit de fond*

Paradoxalement, les résultats des enquêtes de satisfaction n'ont jamais été mises en doute, malgré leur caractère subjectif. En revanche, les contestations ont été très nombreuses là où d'autres sources étaient disponibles. «L'information sur les pertes et profits n'a jamais eu un statut de vérité absolue : il y a toujours eu des contestations, contrairement aux enquêtes de satisfaction».

«Il y a des comptabilités parallèles dans tous les azimuts». «PRN est un excellent instrument, mais peu utilisable en raison d'un manque d'audit externe». «Vous vous êtes coincés parce que le système de gestion des chiffres n'était pas assez performant, on a été trop vite ; il aurait fallu d'abord le stabiliser». «J'attends que l'administrateur me dise qu'il a pu tout vérifier avant de changer mes habitudes.»

En analysant les commentaires des dirigeants, on constate qu'une information est crédible dans deux situations :

- 1) elle n'est pas embrouillée par une autre source ;
- 2) elle a été vérifiée par des équipes indépendantes.

#### 4.3.25 Synthèse et discussion générale

A l'évidence, les propos des dirigeants du CHUV montrent que le SID a été utilisé et ne les a pas laissés indifférents. On peut en tirer une première conclusion : l'implantation du SID a créé un contraste suffisamment saisissant pour que l'on puisse tenter d'en évaluer les impacts.

Si tous les thèmes ont été abordés à un moment ou à un autre, on sent que certains points les ont marqués plus que d'autre. Il paraît dès lors utile d'essayer de hiérarchiser les propos en tenant compte de leur fréquence. On peut synthétiser les propos des dirigeants par un schéma montrant comment l'ensemble des thèmes évoqués sont susceptibles de se lier à trois éléments au centre de la présente recherche : l'utilisation du SID et les gains de perception et d'influence (figure 4). Le but de ce schéma est avant tout heuristique ; il s'agit en effet de favoriser l'émergence d'hypothèses plausibles. Une partie d'entre elles devraient pouvoir être mises à l'épreuve des faits dans le cadre de l'étude quantitative qui suit. D'autres pourraient servir de pistes pour des recherches ultérieures. La grosseur des traits représente la force pressentie des associations entre variables, les flèches indiquent le degré d'évidence causale notamment sur le plan de la temporalité (antécédence de la cause sur l'effet). Des traits obliques peuvent oblitérer les liens indiqués si l'on peut suspecter des biais.

Parmi les six thèmes liés à la phase de conception (figure 4, partie supérieure), les dirigeants ont mis l'accent sur la pertinence et l'exhaustivité des informations (16% des propos sont liés à ce thème). Les instruments ne sont utilisés que si les dirigeants pensent pouvoir y trouver l'information recherchée : la pertinence des items, le niveau de finesse de l'analyse, le degré de synthèse des indicateurs sont cruciaux pour « appâter » le dirigeant. Comme mes collègues de l'Office de la planification et de l'évaluation, j'ai été frappé par cet appétit d'information : peu de cadres hospitaliers ont disposé à ce jour d'une telle quantité d'informations, surtout au niveau des services, et pourtant rares sont ceux qui se sont montrés rassasiés.

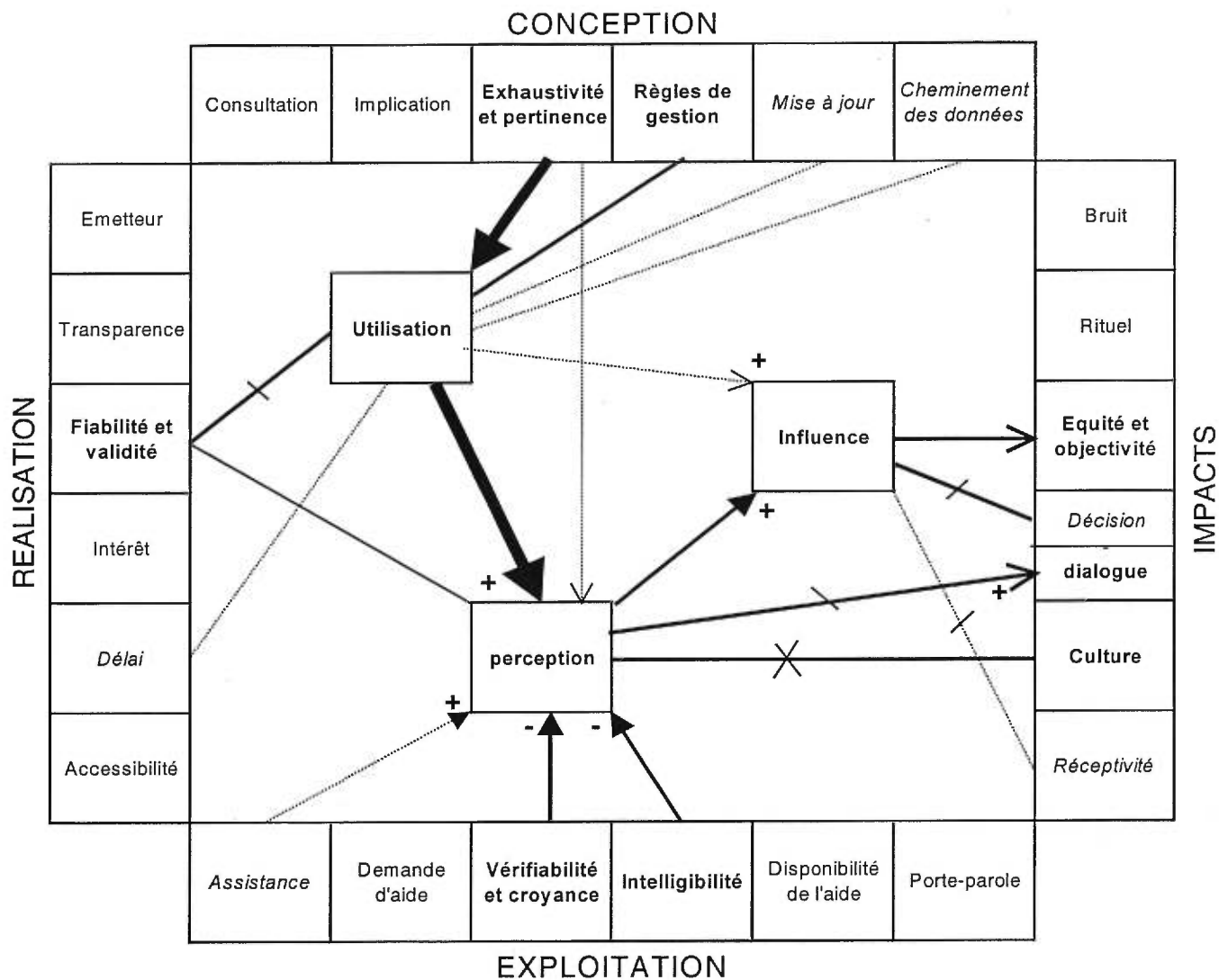
Les dirigeants du CHUV ne paraissent pas avoir recouru au SID pour des questions de prestige, de goût pour la technologie ou d'autres aspects ; les barrières techniques ne semblent pas avoir rebuté non plus les dirigeants, même les plus technophobes. C'est la fonction première du SID – informer – qui a motivé son utilisation. On peut s'interroger sur la temporalité du lien entre l'exhaustivité et la pertinence des informations et l'utilisation du SID ; en effet, on pourrait imaginer que l'utilisation du SID crée des besoins nouveaux occasionnant des relevés supplémentaires de données. Cette hypothèse ne s'est cependant pas manifestée au CHUV, puisque aucun nouveau relevé n'a été introduit entre 1993 et 1998 dans ce but. Au contraire, de nombreuses questions ont été posées sur l'utilité de certaines données récoltées à des fins obscures.

Les dirigeants ont également accordé une forte attention à la clarté des règles de gestion. L'information leur est indispensable pour trouver les repères qui leur manquent. Mais elle devient stressante si elle est restée dépourvue de sens. Là également des efforts considérables ont été consentis pour tenter de clarifier les règles de gestion, parfois même au-delà de ce qui aurait paru nécessaire en l'absence de SID. Plusieurs médecins et infirmiers ont même dénoncé les risques de créer une trop forte territorialité. La nature causale du lien entre les règles de gestion et l'utilisation du SID est cependant peu claire : il semble en effet qu'une partie non négligeable des clarifications n'auraient pas eu lieu sans le SID.

Ni la consultation, ni l'implication des dirigeants dans le développement du SID ne paraissent avoir joué un rôle important (mention de ces thèmes inférieure à 3%). Cela est étonnant, car il est d'usage au CHUV de créer des « groupes de travail » pour tout projet d'une certaine envergure ; déroger à cette règle est souvent interprété comme une hérésie. Un tel groupe a ainsi été mis en place pour les problèmes d'allocation des ressources, avec un intérêt certain, mais les autres instruments (tableaux de bord et de suivi, budgétisation, enquêtes

de satisfaction) n'ont cependant pas bénéficié de tels groupes ; ils n'ont pas pour autant été rejetés. Il semble donc que ce soit avant tout le contenu informationnel du SID qui soit déterminant, et non pas les formes qui entourent son implantation. La question du rythme de mise à jour a été l'objet de nombreux débats au cours de la conception du SID. J'ai moi-même beaucoup milité pour une production mensuelle des tableaux de bord et de suivi, en pensant que ce rythme était

Figure 4. Synthèse des propos des dirigeants



**Légende**

Force de l'association

- pas de trait négligeable (fréquence < 3%)
- ..... faible (fréquence 3-5%)
- présente (fréquence 5-10%)
- forte (fréquence > 10%)

Temporalité

- inconnue
- > probable
- > très probable

- } + si > 66% de propos favorables
- } - si > 66% de propos défavorables

Validité

- biais négligeable
- /————— biais possible
- X————— biais probable

Les liens entre les entités "utilisation", "perception" et "influence" seront justifiés plus loin par l'analyse quantitative.

nécessaire pour garantir un contrôle de gestion efficace. Les propos des dirigeants et ce que j'ai pu observer (écarts anormaux mis en évidence au stylo feutre, tableaux annotés notamment) montrent cependant que les tableaux sont souvent regardés chaque mois, mais sans être véritablement lus. Il est nécessaire qu'une discussion s'instaure avec l'administrateur du département ou que des écarts subsistent durant plusieurs mois pour qu'ils soient pris au sérieux. Une production trimestrielle pourrait à cet égard s'avérer suffisante, mais ce serait sans compter sur le fait que les chefs de service aiment pouvoir choisir le moment. En effet, ils sont souvent pris par d'autres préoccupations (surcharge de patients, congrès, examens pour les étudiants, etc.). Il est donc probable qu'une production des tableaux de bord et de suivi moins fréquente serait mal ressentie. Par ailleurs, l'introduction des enquêtes de satisfaction était trop récente pour que les personnes interrogées aient pu se prononcer avec acuité sur cette question. Quant au cheminement trop complexe de l'information, il s'agit d'un problème sur lequel se sont cristallisés beaucoup de frustrations. La majorité des validations effectuées ayant montré que les erreurs étaient finalement peu nombreuses, on peut imaginer que l'acuité de ce problème irait en décroissant avec le temps.

Curieusement, les propos liés aux thèmes de la conception ne paraissent pas pouvoir être liés directement aux gains de perception et d'influence des dirigeants. Personne n'a affirmé, par exemple, qu'il aurait mieux assumé sa fonction dirigeante s'il avait disposé de telle ou telle information. Ceci contraste avec le discours souvent entendu dans des séances où certains dirigeants aiment affirmer : «je ne peux pas régler le problème tant que je ne dispose pas de l'information». En revanche, tous les aspects cités semblent être déterminants dans la volonté des dirigeants d'utiliser ou non les instruments à disposition.

Que peut-on tirer de ce tour d'horizon lié à la conception du système ? Dans quelle mesure ces observations sont-elles spécifiques au CHUV ? A ce stade, on peut tirer un certain nombre de propositions :

- 1) Le SID a été utilisé au CHUV.
- 2) Le facteur clé de succès d'un SID réside dans la pertinence et l'exhaustivité des informations fournies. Les dirigeants sont sensibles à la possibilité de disposer à la fois de données synthétiques et analytiques.
- 3) Il n'est pas nécessaire que la conception du SID soit assurée au sein de l'hôpital.
- 4) Une bonne maîtrise du cheminement des données peut s'avérer cruciale si leur fiabilité est mise en doute.

Ces propositions découlent des résultats de l'étude de cas et ne doivent pas être confondues avec les questions de recherche initiales.

La première proposition sera soumise à l'épreuve des faits dans l'étude quantitative qui suit. Les résultats présentés ici laissent supposer que le SID serait également utilisé dans d'autres hôpitaux s'ils disposaient de données suffisamment riches. Mais le fait que le CHUV ait été parallèlement soumis à une vaste réforme culturelle a peut-être contribué à l'utilisation du SID : les économies devaient être effectuées et les chefs de service notamment ont été fortement incités à se montrer responsables pour gagner en autonomie. Par ailleurs, la clarification des règles de gestion n'aurait pas forcément été garantie dans un autre contexte.

Les autres propositions (2 à 4) sont confortées par les efforts de développements technologiques intervenus ces dernières années. Les techniques de « nettoyage » et d'entrepôt des données sont aujourd'hui fortement valorisées (*Data Warehouse*, *Data mining*) facilitant ainsi l'accès aux données élémentaires lorsque le cheminement des données est particulièrement complexe. Par ailleurs, les techniques de navigation (*drill down* par exemple) se sont maintenant généralisées et facilitent grandement l'exploration de riches bases de données. Le rôle de fournisseur de données tend ainsi à disparaître au profit de magasins de données (*Data Market*) où les utilisateurs peuvent se servir eux-mêmes. Les résultats montrent cependant que ces progrès technologiques ne forment pas une condition suffisante : la pertinence des indicateurs est une question clé et il est nécessaire de s'assurer au préalable que les données disponibles couvrent bien tout le champ hospitalier (exhaustivité), sont fiables et suffisamment fines pour être utiles. Enfin, les personnes chargées d'implanter un SID feraient bien de s'assurer qu'elles peuvent compter sur un appui efficace de la direction pour clarifier les règles de gestion et qu'il n'existe pas un intérêt général à conserver des zones de flou. Il est important de bien se rendre compte que ces conditions sont souvent loin d'être toujours remplies dans le milieu hospitalier.

Les propos liés à la réalisation du SID (figure 4, partie gauche) touchent surtout au thème de la fiabilité et de la validité (absence de biais) ainsi que dans une moindre mesure au délai de mise à disposition des données. Aucune barrière technologique d'accès aux données n'a été relevée même par les dirigeants les plus technophobes ; certains se sont contentés d'imprimer les tableaux, d'autres ayant préféré les importer dans leurs propres tableaux pour mieux les manipuler. L'aspect surprenant de l'information (intérêt) n'a pas paru essentiel aux

yeux des personnes interrogées, beaucoup de dirigeants étant satisfaits de constater n'avoir aucun problème (KASPER, 1996<sup>191</sup>).

La transparence semble avoir été perçue comme naturelle. Or cette égalité d'accès à l'information a frappé plusieurs collègues travaillant dans d'autres hôpitaux universitaires affirmant : « jamais, nous n'aurions pu proposer ceci chez nous ». J'ai donc interrogé quelques chefs de service de ces autres hôpitaux pour connaître leur position. Leur réaction a été la suivante : « chez nous, on ne sait pas qui a le pouvoir de faire quoi ; tant que nous n'aurons pas de garantie sur ce plan là, l'information sera ressentie comme un instrument d'asservissement et de centralisation ». Si cette interprétation est correcte, on peut en déduire que les responsabilités et les compétences doivent être clairement réparties au moment de l'implantation du SID, faute de quoi la transparence risque d'être vivement combattue. A cet égard, l'information ne serait l'arme du pouvoir que dans des situations d'anarchie. Par ailleurs, il faut noter que les informations fournies par le SID sont encore très fragmentaires, même si elle peuvent paraître extrêmement abondantes. La connaissance du contexte reste essentielle pour être en mesure de l'interpréter.

L'antécédence de la cause sur les résultats est difficile à établir pour toutes ces variables. D'une part le SID semble avoir indirectement amélioré la fiabilité et la validité (absence de biais) des données recueillies dans les systèmes transactionnels (facturation par exemple). D'autre part, les biais constatés ont parfois entaché sérieusement l'utilisation et la perception des dirigeants. La majorité de ces biais sont liés à des retards de saisie des données souvent difficiles à corriger : il suffit parfois qu'une seule personne soit malade et non remplacée pour mettre en péril l'ensemble du dispositif<sup>##</sup>.

Une cinquième proposition peut être formulée à l'issue de cette discussion :  
 5) La qualité des données disponibles (fiabilité, validité) n'est pas toujours suffisante pour que les dirigeants puisse interpréter facilement les informations. Une phase d'apprentissage est nécessaire pour en prendre conscience et former les dirigeants à corriger leur perception en conséquence.

---

<sup>##</sup> Un moyen de résoudre ce problème est de retarder la diffusion des informations ; au CHUV, un délai de saisie des données de 10 à 15 jours au maximum était toléré, de manière à permettre la diffusion des tableaux de suivi au plus tard le 20 du mois suivant.



Cette proposition est probablement spécifique au monde hospitalier, car seules les données liées à des transactions sont naturellement fiables. Dès lors qu'une donnée n'est pas récoltée à cette fin (diagnostics, interventions chirurgicales, enquête de satisfaction), elle est sujette à caution et des mesures palliatives doivent être prises (lettres de sortie standardisées, envoi de rappels dans le cadre des enquêtes, etc.). Les cadres ayant des responsabilités opérationnelles ne se montrent guère motivés par ces mesures généralement décidées plus haut dans la hiérarchie. Seule une forte conscience collective de la valeur de ces informations permet d'y remédier. Pour ces raisons, on peut supposer qu'un SID aurait de la peine à se développer dans une entreprise dont les unités ne sont pas aussi interdépendantes ; à cet égard, l'hôpital constitue probablement un cas particulier.

Les propos des dirigeants touchant aux thèmes liés à l'exploitation du SID (tableau XIX, partie inférieure) sont également intéressants sur les conditions nécessaires pour observer des gains de perception. Première observation : l'intelligibilité de l'information fournie est cruciale. Curieusement, les médecins et les infirmiers n'ont éprouvé aucune difficulté particulière à comprendre les tableaux financiers. De même, les administrateurs semblent avoir su interpréter correctement les informations qu'ils ont reçues. L'analyse détaillée par instrument montre que même les problèmes relativement complexes de prévision budgétaire ont été assimilés. Les problèmes ne sont donc pas liés aux utilisateurs ou à leur formation initiale : ils touchent presque exclusivement la typologie retenue pour décrire les patients (*Diagnosis Related Groups*). Il s'agit donc là aussi d'une spécificité hospitalière : il est difficile de cerner la production hospitalière. Une partie des critiques ont pu être surmontées par des efforts de documentation (une traduction française du manuel est désormais disponible), mais certaines critiques subsistent : poids exagéré du diagnostic principal dans l'attribution des groupes, prise en compte partielle des pathologies multiples notamment chez la personne âgée, hétérogénéité clinique de nombreux groupes, etc.

Un autre point important est lié à la nécessité d'une imprégnation suffisamment longue pour que l'ensemble des dirigeants aient confiance dans l'information produite. Cette prudence est d'ailleurs justifiée : de nombreux écarts se sont avérés être des artefacts de mesure. Le contrôle de qualité mis en place a montré que rarement les tableaux fournis ont comporté des erreurs ; cela ne signifie pas cependant qu'aucune faute de calcul n'ait été commise, mais simplement qu'elles ont été détectées suffisamment tôt pour être corrigées à temps. Les risques sont importants lorsque l'on entreprend une modélisation aussi vaste que celle adoptée pour l'allocation des ressources. Très souvent des modifications sont introduites dans les

systèmes transactionnels sans que personne ne soit véritablement informé de ces changements. Or tout changement de nomenclature ou de format de variable peut fausser considérablement les résultats sans que l'on ne s'en aperçoive tout de suite. La méfiance des dirigeants est donc de bonne augure et il est vivement recommandé de prévoir un dispositif de validation des tableaux avant leur diffusion (contrôles systématiques à toutes les étapes de production, relecture par des médecins capables pour juger de la plausibilité des résultats avant l'envoi des tableaux).

Les médecins et les infirmiers ne sont principalement pas centrés sur les efforts de gestion : leur tâche première est de soigner, enseigner et chercher. En ce sens, le fait que l'appui des administrateurs ait été apprécié n'est guère étonnant. Ces aspects – besoin d'assistance administrative, méfiance à l'égard des informations produites, intelligibilité – ont clairement affecté la netteté de la perception des dirigeants. Il ne semble par ailleurs pas que le gain de perception les ait rendu plus attentifs à ces problèmes. Ces difficultés ont certes frustré ou fatigué les dirigeants, mais sans avoir d'impact sur l'utilisation des instruments. Aucun lien ne paraît pouvoir être établi non plus entre ces variables et l'influence des dirigeants sur la base de leur propos. J'ai cependant plusieurs fois été surpris de voir certains cadres, notamment ceux qui dirigent des départements, se lancer dans des réformes délicates sans avoir recours à l'information disponible. Il est probable qu'avec un soutien spécialisé, ils auraient pu renforcer leur influence grâce au SID. Ces observations laissent penser qu'une certaine expérience est nécessaire pour pouvoir utiliser tout le potentiel du SID notamment pour augmenter son influence.

A ce stade, une autre proposition peut être énoncée :

- 6) la perception des dirigeants pourrait s'améliorer avec l'expérience des dirigeants et surtout avec une typologie des patients mieux adaptée à leurs besoins.

Les autres thèmes abordés touchent aux impacts proprement dits (figure 4, partie droite). Le SID paraît avoir notamment renforcé le sentiment d'équité, stimulé le dialogue entre dirigeants de professions et de niveaux hiérarchiques différents et contribué à établir une nouvelle culture d'entreprise. Il n'aurait en revanche pas eu les effets attendus en matière de prise de décision, peut-être en partie parce que les cadres se seraient montrés peu réceptifs aux informations reçues. Les seuls liens de causalité probables sont l'effet du SID sur l'équité et le dialogue, même s'il est possible que le renforcement du dialogue soit aussi dû à d'autres changements simultanés à l'introduction du SID : plus grande autonomie des diri-

geants, expérience plus grande des administrateurs. L'instauration d'une nouvelle culture d'entreprise a autant modifié la perception des dirigeants que le SID a permis de l'expliquer ; l'antécédence du SID n'est donc pas établie. De même, le lien entre la réceptivité des dirigeants et l'influence est ambigu : indéniablement, il y a eu des situations où le manque de réceptivité n'a pas permis au SID de déployer tous ses effets, mais il est également probable que le SID ait modifié l'état d'esprit de certains dirigeants. La fréquence peu élevée de propos liés au bruit de fond et au rituel pourrait être spécifique au cas du CHUV : l'Office de la planification et de l'évaluation a bénéficié d'une position dominante pour diffuser l'information, les sources parallèles trop gênantes ayant été tarées parfois avec vigueur ; en outre, les aspects rituels se sont révélés peu marqués, notamment au niveau des départements qui sont de création récente. Là où les rituels étaient les plus marqués (direction du CHUV), il a fallu que les cadres d'état-major s'approprient les nouveaux outils pour qu'ils commencent à s'y insérer. Les difficultés ont été plus fortes là où des rituels anciens étaient déjà établis (rapport annuel, annuaire statistique), les questions de légitimité prenant alors le premier plan. Dans l'ensemble, les dirigeants ont par ailleurs insisté sur le fait que les problèmes détectés n'ont souvent pas été corrigés et sur une forte inertie institutionnelle ; ils n'ont fourni qu'un ou deux exemples où ils ont pu tirer argument des informations du SID pour étayer leur position. Comment l'expliquer ? Les sciences cognitives nous apprennent que l'apprentissage se fonde essentiellement sur ce qui est simple, partiel, hors contexte, en référence aux situations déjà vécues. Ainsi, un SIAD devrait s'appuyer sur un cadre mental proche de ce qu'attendent les utilisateurs d'un système d'information d'aide à la décision (SHARDA et STEIGER, 1996)<sup>192</sup>. Faire évoluer ce cadre mental prend évidemment du temps.

On peut dès lors formuler la proposition suivante :  
7) le principal impact du SID est socioculturel : stimulation du dialogue, renforcement du sentiment d'équité, peu d'effet sur l'influence immédiate des dirigeants.

Cette proposition rejoint les conclusions d'autres études (HIRSCHHEIM et al, 1996<sup>80</sup> ; WOOLBRIDGE et FLOYD, 1990<sup>78</sup>) qui ont montré que les systèmes d'information tendent à augmenter la participation.

Aucun des thèmes évoqués n'a spécifiquement été rattaché au lien entre l'utilisation du SID et d'éventuels gains de perception ou d'influence. On devine cependant à la lecture curieuse de leur propos que leur perception s'est sensiblement améliorée grâce à l'utilisation du SID. On ne peut exclure que l'utilisation du SID soit à son tour stimulée par une bonne per-

ception, mais les propos recueillis ne fournissent pas d'arguments forts en faveur de cette hypothèse. Plusieurs dirigeants ont évoqué le lien entre la perception des problèmes et la nécessité de les régler, mais c'était aussitôt pour mettre le doigt sur l'absence de mesures correctives (« pas de décision »). On peut donc finalement esquisser deux dernières propositions qui méritent d'être validées au cours de l'analyse quantitative :

- l'utilisation du SID a entraîné un gain de perception de la part des dirigeants du CHUV ;
- l'utilisation du SID n'a pas provoqué un fort gain d'influence au cours de la période étudiée.

Enfin, il est nécessaire de tenir compte de la connotation des propos (+ ou -) pour comprendre le fonctionnement des liens causaux esquissés dans la figure 4.

Quelques liens sont univoques :

- dans le sens d'une stimulation (+) : l'assistance tend à améliorer la perception, cette dernière semblant augmenter les situations de dialogue ;
- dans le sens d'un frein (-) : les problèmes de vérifiabilité et d'intelligibilité ont plutôt nui à la perception.

D'autres liens sont équivoques : l'exhaustivité du champ couvert et la pertinence des indicateurs ont à la fois stimulé l'utilisation du SID (richesse informationnelle) et frustré certains dirigeants qui n'ont pas trouvé le degré d'analyse ou de synthèse souhaité. De même, le sentiment d'équité et d'objectivité semble avoir été accru par le SID, tout en observant que certaines injustices tendaient à perdurer.

L'absence d'impact marqué sur l'influence ne semble pas spécifique au domaine hospitalier : elle est confirmée par d'autres études (WEILL, 1992<sup>74</sup> ; CASCIO, 1993<sup>75</sup>). De même, la fonction de ciment social exercée par les systèmes d'information ou de communication a été observée dans d'autres circonstances (EUSKE 1987<sup>79</sup>, LARAMÉE, 1998<sup>193</sup>).

## 4.4 ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS QUANTITATIFS

### 4.4.1 *L'utilisation du SID*

La présente recherche s'appuie sur une prémisse importante : les dirigeants du CHUV ont utilisé le SID. L'étude qualitative paraît l'établir. Encore faut-il s'en assurer avec un maximum d'objectivité, si possible en mesurant le score d'utilisation. Le but est double :

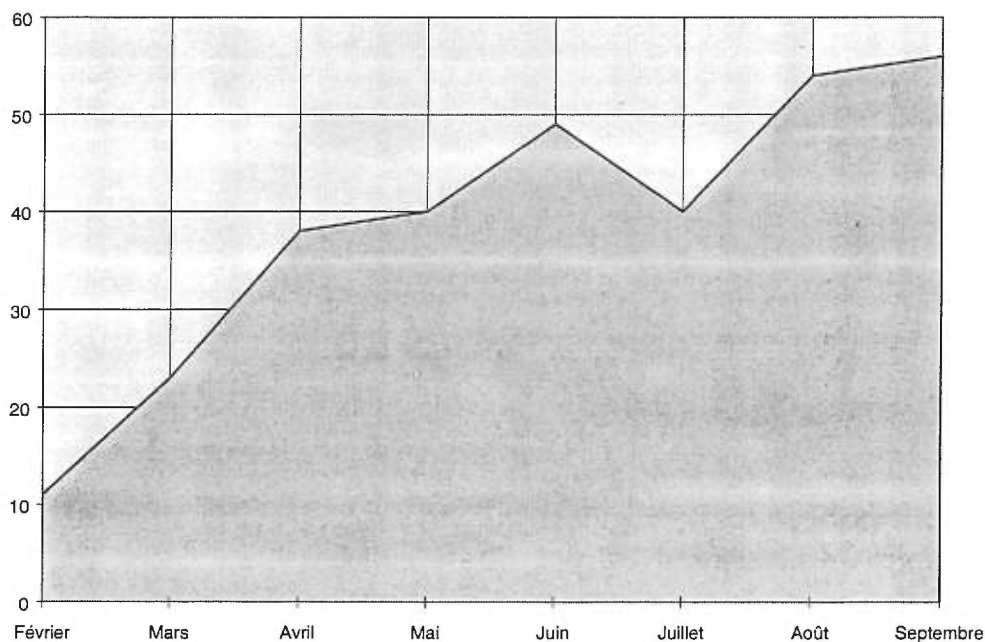
- 1) vérifier que le contraste est suffisamment marqué entre la présence du déterminant (dès 1996) et son absence (avant 1996) ;
- 2) examiner si l'effet (réponse) est plus important lorsque le degré d'exposition au déterminant est plus élevé (dose).

Près de 200 personnes ont commandé en 1997 les tableaux de bord et de suivi diffusés sur papier chaque mois par la poste interne du CHUV. Il est difficile de savoir si ces tableaux ont réellement été consultés chaque mois ; par ailleurs, il n'est pas sûr que la fréquence d'utilisation rapportée dans les entretiens soit fiable. La statistique de fréquentation du site Intranet paraît être la meilleure source, même si elle ne reflète qu'une période récente (1998). Plusieurs précautions ont été prises pour ne pas surestimer le nombre d'accès :

- 1) suppression des tentatives d'accès ayant échoué pour des motifs techniques ou par défaut d'utilisation du mot de passe ;
- 2) agrégation des demandes effectuées par un dirigeant et ses collaborateurs dans le même mois.

Au total, 198 personnes différentes ont consulté au moins une fois les tableaux : 60 dirigeants, 29 secrétaires, 16 infirmières et 93 autres collaborateurs. En agrégeant les consultations par unité, on dénombre 77 unités du CHUV ayant consulté les tableaux de bord et de suivi entre les mois de février et de septembre 1998, sur un potentiel de 99 unités, réparties sur trois niveaux hiérarchiques : services, départements et direction. L'accès au site Intranet dévolu aux tableaux de suivi s'est développé rapidement au début de l'année pour se stabiliser à 50-60 unités par mois (figure 5).

Figure 5. Nombre d'unités ayant consulté les tableaux sur Intranet en 1998



Il est par ailleurs facile d'établir que l'instrument de budgétisation a été utilisé par tous les administrateurs, car les budgets ont tous été restitués avec des modifications sensibles. Enfin, les résultats de l'enquête de satisfaction du personnel ont été systématiquement communiqués aux chefs de service, sauf deux qui affirment ne pas les avoir reçus (dont un cadre sélectionné dans notre étude).

On peut dès lors clairement affirmer que l'ensemble des instruments du SID a été utilisé par les dirigeants du CHUV. Quant aux scores d'utilisation, ils ne sont connus que pour les tableaux de suivi (cf. section 3.4.2) : quatre les ont utilisés moins de 25%, cinq entre 25 et 49%, huit entre 50 et 75% et six plus de 75% ; une analyse du lien entre la réponse (gain de perception/gain d'influence) en fonction du gradient d'exposition (score d'utilisation) est ainsi possible.

#### 4.4.2 Les impacts du SID sur la perception

La thèse défendue ici est que l'utilisation du SID tend à entraîner un gain de perception chez les dirigeants du CHUV. Cinq éléments sont passés en revue pour valider cette assertion :

1. quelle est la spécificité de l'association entre l'exposition au SID et la perception ?
2. quelle est la force de cette association ?
3. peut-on établir l'antécédence de la cause sur l'effet ?

4. quelle est la consistance de ces observations ; peut-on suspecter des différences selon les instruments, les niveaux hiérarchiques, les professions ? peut-on suspecter des facteurs de confusion ?
5. quelle est la plausibilité de ces observations, si on les met en rapport à celles de l'étude qualitative ou à la théorie ?

La question de la spécificité revient à examiner si le SID est la source d'information privilégiée pour percevoir les problèmes à temps. Selon les questionnaires remplis par les dirigeants, la contribution des tableaux de suivi à la perception des problèmes est en moyenne de 37% avec de fortes variations d'un cas à l'autre (N=23). Cette observation confirme la nécessité de tenir compte de la fraction attribuable au SID dans le calcul des gains de perception. Les dirigeants du CHUV estiment percevoir en moyenne six problèmes sur dix à temps (6.0/10), c'est-à-dire à un moment où il est encore temps de réagir. Les dirigeants manifestent clairement leur contentement dès que le taux dépasse 75% de problèmes détectés à temps (tableau XX). Un taux plus élevé n'est pas forcément idéal, car le dirigeant est alerté trop souvent à tort : «il ne faut pas détecter trop de problèmes : beaucoup se résolvent d'eux-mêmes avec le temps». Globalement, la moitié des dirigeants (52%) estiment que leur degré de perception est adéquat.

Tableau XX. Degré de perception (N=23)

Taux de problèmes détectés à temps	<50%	50%-74%	>74%
Distribution des réponses	35%	17%	48%
Proportion de dirigeants estimant ce taux adéquat 73%		25%	50%

Si l'on tient compte que les tableaux de suivi ne sont pas le seul déterminant du degré de perception des problèmes de gestion, on peut calculer qu'ils ont provoqué un gain de perception moyen de 22% (37% de 6.0/10). Cette valeur doit être considérée comme un ordre de grandeur pour plusieurs raisons :

1. le fait que les dirigeants recourent en moyenne autant aux observations directes, aux relations interpersonnelles qu'au SID, ne permet pas de déduire quelle aurait été la perception sans les tableaux de suivi ; par exemple, il est possible que les collègues du dirigeant en question aient eux-mêmes utilisé ces tableaux ;

2. la perception n'est pas un phénomène résultant de l'addition de plusieurs sources, mais plus le résultat d'une interaction entre les sources<sup>§§</sup> ; par exemple, l'effet ne sera pas le même si les informations sont concordantes ou discordantes ;
3. l'échantillon de dirigeants et d'instruments n'est pas représentatif de l'ensemble des situations d'utilisation (les hauts dirigeants sont sur-représentés par exemple).

Ces résultats suggèrent que l'utilisation des tableaux de suivi a eu pour effet d'améliorer sensiblement le degré de perception des dirigeants du CHUV. Plusieurs d'entre eux estiment cependant que c'est encore insuffisant. Comme il paraît difficile d'améliorer la perception par les voies traditionnelles (observation directe et relations interpersonnelles), on peut en déduire qu'une partie significative d'entre eux attendent plus des tableaux de suivi.

Par ailleurs, le gain de perception est associé au score d'utilisation avec un niveau de signification de plus 99% (tableau XXI), corroborant ainsi la thèse d'un gain de perception provoqué par le SID.

Tableau XXI. Score d'utilisation et gain de perception

Variable dépendante :	Gain de perception	
Variable indépendante :	Score d'utilisation	
Nombre d'observations :	23	
Coefficient de détermination ( $R^2$ ) :	0.280	
Probabilité de nullité :	0.009	
Coefficient de la variable indépendante	0.090	Intervalle de confiance (95%) : 0.025 – 0.156
Constante	-0.024	Intervalle de confiance (95%) : -0.214 – 0.166

Une association significative ne suffit cependant pas à prouver un lien de causalité : encore faut-il s'assurer que l'effet est bien consécutif à la cause. Ainsi, on pourrait imaginer que les dirigeants qui perçoivent le mieux les problèmes aient plus de plaisir à gérer et utilisent plus le SID que les autres. Or, cette utilisation ne semble pas liée au degré de perception, comme le montre le tableau XXII.

Par ailleurs, on constate que les dirigeants qui estiment que leur degré de perception est inadéquat ont tendance à utiliser plus souvent les tableaux de suivi (tableau XXIII). On peut

---

<sup>§§</sup> Plusieurs dirigeants ont insisté sur la confrontation des sources. Peu importe que le problème soit détecté lors d'une discussion avec un collègue, qu'il soit lié à une observation directe ou au SID. Une perception nette se dégage lorsque ces trois sources sont concordantes. Une information ne semble pouvoir produire un effet que si le dirigeant est prêt à la recevoir.



donc supposer que ce n'est pas un fort degré de perception qui les motive à recourir au SID. Pour ces raisons, l'antécédence de la cause sur l'effet paraît probable.

Tableau XXII. Score d'utilisation et degré de perception

Variable dépendante :	Score d'utilisation	
Variable indépendante :	degré de perception	
Nombre d'observations :	23	
Coefficient de détermination ( $R^2$ ) :	0.001	
Probabilité de nullité :	0.880	
Coefficient de la variable indépendante	-0.136	Intervalle de confiance (95%) : -2.002 – 1.730
Constante	2.777	Intervalle de confiance (95%) : 1.563 – 3.991

Tableau XXIII. Score d'utilisation et adéquation du degré de perception

Catégories	Observations	Moyenne	Intervalle de confiance (95%)
0 : Perception inadéquate	11	3.000	2.399 - 3.601
1 : Perception adéquate	12	2.417	1.676 – 3.157
T-test	Valeur t = 1.338		
Ha : moyenne 1 > moyenne 0	probabilité : 0.097		
Ha : moyenne 1 = moyenne 0	probabilité : 0.195		
H1 : moyenne 1 < moyenne 0	probabilité : 0.902		

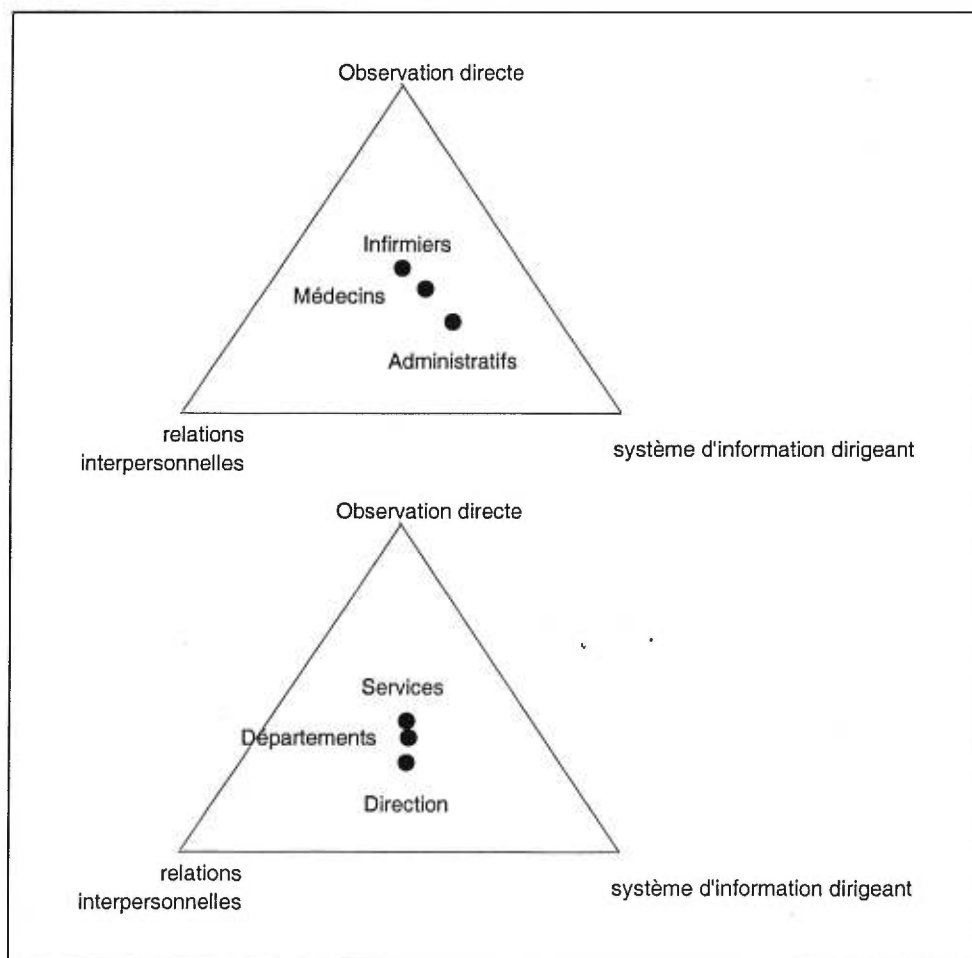
Une autre question touche à la consistance de ces observations, en particulier de savoir si les résultats sont les mêmes selon les instruments, les niveaux hiérarchiques et les professions. Le gain moyen de perception n'est pas le même selon les instruments : 10% pour l'enquête de satisfaction du personnel, 22% pour les tableaux de bord et de suivi et 33% pour l'instrument de budgétisation. Ce résultat n'est guère surprenant dans la mesure où il est plus facile d'appréhender la satisfaction du personnel en discutant avec les professionnels ou en observant leur attitude que de voir clair dans une multitude de budgets muets et inexpressifs.

Il est intéressant de noter que les infirmiers recourent plus que les autres à l'observation directe que les cadres administratifs, qui n'ont pas le même accès au terrain (figure 6). De même, le SID est d'autant plus apprécié comme source d'information que le dirigeant se trouve à un niveau hiérarchique élevé. Ces deux observations laissent supposer que plus un dirigeant est en contact direct avec le terrain, plus il a une connaissance intuitive de la réalité quotidienne de l'hôpital et moins il a besoin de recourir au SID pour s'orienter. Ainsi, ce ne seraient pas tant la profession et le niveau hiérarchique qui expliqueraient la prédilection de certains dirigeants pour le SID, mais leur éloignement au terrain. Un médecin ou un infirmier chef de service absorbent inconsciemment des quantités d'informations pouvant leur servir

de repères lorsqu'ils sont en contact direct avec les problèmes quotidiens en côtoyant leurs chefs de clinique ou infirmiers chefs d'unités de soins. Un médecin chef de département qui a conservé une activité de médecin chef de service conserve ce privilège par rapport à son administrateur qui n'a pas un accès aussi aisé au terrain. On peut dès lors tenter d'estimer l'éloignement au terrain en créant les trois catégories suivantes :

1. catégorie 1 : plus de 30% du temps est consacré à des professionnels en contact direct avec les patients ;
2. catégorie 2 : plus de 30% du temps est consacré à des professionnels en contact indirect avec les patients (repas, laboratoire, etc.) ou avec des dirigeants de la première catégorie :
3. catégorie 3 : autres

Figure 6. Sources d'information selon les professions et les niveaux hiérarchiques



L'analyse de la matrice de corrélation des rangs est révélatrice des raisons qui semblent amener les dirigeants à utiliser le SID (tableau XXIV) : plus que toutes les autres variables, c'est l'éloignement au terrain qui est le plus étroitement associé au score d'utilisation, confirmant ainsi cette explication.

Tableau XXIV. Corrélation des rangs entre le score d'utilisation et les autres variables

Association avec l'utilisation	Attitude	Implication	Profession	Hiérarchie	Eloignement	Technophilie
$\rho$ de Spearman N=23	0.416 p = 0.048	0.333 p=0.121	0.458 p=0.028	0.472 p=0.023	0.484 p=0.019	0.306 p=0.156

L'analyse du modèle de régression comprenant les variables indépendantes « Score d'utilisation » et « Eloignement » montre que le coefficient de détermination n'est guère amélioré ( $R^2$  de 31% au lieu de 28%, tableaux XXI et XXV) confirmant ainsi la forte colinéarité de ces deux variables.

Tableau XXV. Gain de perception, fonction du score d'utilisation et de l'éloignement

Variable dépendante :	Gain de perception	
Variable indépendante :	Score d'utilisation et Eloignement	
Nombre d'observations :	23	
Coefficient de détermination ( $R^2$ ) :	0.313	
Probabilité de nullité :	0.023	
Coefficient Score d'utilisation	0.075	Intervalle de confiance (95%) : 0.002 à 0.148
Coefficient Eloignement	0.048	Intervalle de confiance (95%) : -0.054 à 0.150
Constante	-0.065	Intervalle de confiance (95%) : -2.730 à 0.144

En résumé, on peut affirmer que la thèse : « Le SID tend à produire un gain de perception chez les dirigeants » est valide dans le cas du CHUV. L'explication semble être la suivante : les dirigeants qui sont éloignés du terrain ne peuvent pas compter sur une connaissance intuitive de la réalité ; ils ont donc plus souvent recours au SID qui leur procure une partie de l'information qui leur manque les rapprochant ainsi des autres dirigeants plus proches du terrain. Il semble par ailleurs que le gain pourrait être plus important si des améliorations étaient apportées au SID, les critiques étant plus fréquentes chez les utilisateurs réguliers.

#### 4.4.3 Les impacts du SID sur l'influence individuelle

De manière générale, la part attribuée aux instruments du SID pour améliorer les situations est jugée faible à moyenne. Elle est sensiblement la même pour tous les instruments, qu'il s'agisse de véritables SIAD (existence d'une interface de dialogue) ou non. La proportion de dirigeants qui estiment que cette part est adéquate est de 42% pour les tableaux de suivi (cf. résultats détaillés dans le tableau XXVI). Contrairement à la capacité de perception, les dirigeants sont empruntés lorsqu'il s'agit de faire des propositions concrètes d'amélioration.

Tableau XXVI. Contribution du SID à l'influence (N=23)

Part attribuée au SID	<50%	50-74%	>74%
Distribution des réponses	35%	48%	17%
Proportion de dirigeants estimant ce taux adéquat	25%	45%	69%

Selon les réponses fournies, le SID n'a pas été la seule source d'influence pour améliorer les situations, la contribution moyenne étant de 49%. Comme pour la perception, il est lors nécessaire de pondérer le degré d'influence par la contribution de l'instrument pour estimer le gain d'influence provoqué par le SID.

En l'absence de données comparatives dans le temps pour les autres domaines, le degré d'influence n'a été documenté que pour les tableaux de suivi. Il a été estimé par le rapport entre le résultat (bénéfice ou perte) et le chiffre d'affaire des unités supervisées directement ou indirectement par le dirigeant. Certaines personnes couvrant le même champ, toutes les observations ne peuvent pas être considérées comme indépendantes. Lorsque plusieurs responsables couvrent un champ commun, les résultats ont ainsi été agrégés (calcul de la valeur moyenne). Finalement ce sont 18 observations qui peuvent être retenues pour l'analyse.

La force de l'association entre le score d'utilisation et le gain d'influence est faible ou nulle (tableau XXVII).

Tableau XXVII. Score d'utilisation et gain d'influence

Variable dépendante :	Gain d'influence	
Variable indépendante :	Score d'utilisation	
Nombre d'observations :	18	
Coefficient de détermination ( $R^2$ ) :	0.012	
Probabilité de nullité :	0.657	
Coefficient de la variable dépendante	-0.020	Intervalle de confiance (95%) : -0.116 – 0.075
Constante	-0.102	Intervalle de confiance (95%) : -0.357 – 0.154

Près de deux tiers des dirigeants estiment que la contribution des tableaux de suivi à l'influence aurait dû ou pu être plus forte ; il paraît dès lors intéressant d'essayer de comprendre les raisons du manque d'efficacité de ce point de vue. Les dirigeants qui s'attendaient à une plus forte contribution du SID à leur influence sont ceux dont le degré d'influence est le plus faible (tableau XXVIII, réponse : « inadéquat ») ; ces derniers sont en effet juste parvenus à équilibrer leurs comptes, alors que les six dirigeants satisfaits ont réussi à dégager en moyenne un bénéfice de 4% (influence moyenne de -0,043). Le bénéfice étant normalement acquis au service, on peut comprendre qu'ils auraient aimé pouvoir tirer plus du SID. Par ailleurs, les dirigeants qui estiment que le SID ne contribue pas assez à leur influence sont également ceux qui ont le plus eu recours au SID (tableau XXVIII).

Tableau XXVIII. Degré d'influence et score d'utilisation selon l'adéquation

Variables	Inadéquat (0)		Adéquat (1)		Différence	
	Moyenne	Intervalle (95%)	Moyenne	Intervalle	Hypothèse	Probabilité
Degré d'influence	0.000	-0.052 à 0.051	-0.043	-0.057 à -0.030	0 < 1	0.886
Score d'utilisation	2.700	2.190 à 3.210	2.167	0.940 à 3.394	0 < 1	0.865

Ces observations confirment le manque d'efficacité des tableaux de suivi pour réellement influencer sur les situations, même lorsque des écarts sont dûment constatés. Plusieurs commentaires émis lors des entretiens peuvent éclairer le problème :

1. les dirigeants n'étaient pas suffisamment motivés : « de toute manière, le déficit de mon service sera épongé », « les tableaux ne reflètent pas toute la réalité », « les budgets sont encore trop basés sur des données historiques » (deux mentions), « je sais que j'ai des écarts sur les prestations demandées, mais n'allez pas me demander de tout chambouler pour d'aussi petits montants » ;

2. les chefs de service et de départements estiment ne pas disposer des leviers nécessaires au changement : « ce n'est pas moi qui engage les infirmières », « les nouvelles règles sont encore théoriques ; en pratique, le Bureau de gestion du personnel reste fort », « il faut tous s'y mettre pour changer quelque chose », « on n'a pas donné assez de pouvoirs aux chefs de départements » ;
3. les solutions ne sont pas évidentes à trouver : « seuls des changements de pratique médicale sont efficaces, il faut nous laisser plus de temps pour changer les mentalités », « il ne suffit pas de percevoir les problèmes budgétaires, il faut encore trouver les solutions », « le jour où je disposerai de clignotants m'indiquant pour quelles pathologies je peux faire mieux, je réunirai mes médecins ; maintenant c'est encore trop abstrait ».

Curieusement, les dirigeants qui perçoivent le mieux les problèmes ne sont pas forcément ceux qui ont bénéficié des plus grands gains d'influence. Mais il semble que les dirigeants se soient sentis encouragés à agir lorsque leur perception s'est améliorée, plutôt que par le degré de perception (tableau XXIX).

Tableau XXIX. Perception et influence ( $R^2$  de Pearson et probabilité de nullité)

	Gain de perception	Degré de perception
Gain d'influence (tableaux de suivi) N=23	0.403 $p=0.001$	0.072 $p=0.212$

En conclusion, le SID ne semble pas améliorer énormément l'influence individuelle des dirigeants, principalement en raison de trois obstacles : les incitatifs culturels et économiques n'auraient pas été suffisants, les dirigeants sont très interdépendants et les problèmes sont complexes. L'analyse de l'impact du SID sur l'influence collective s'avère dès lors essentielle.

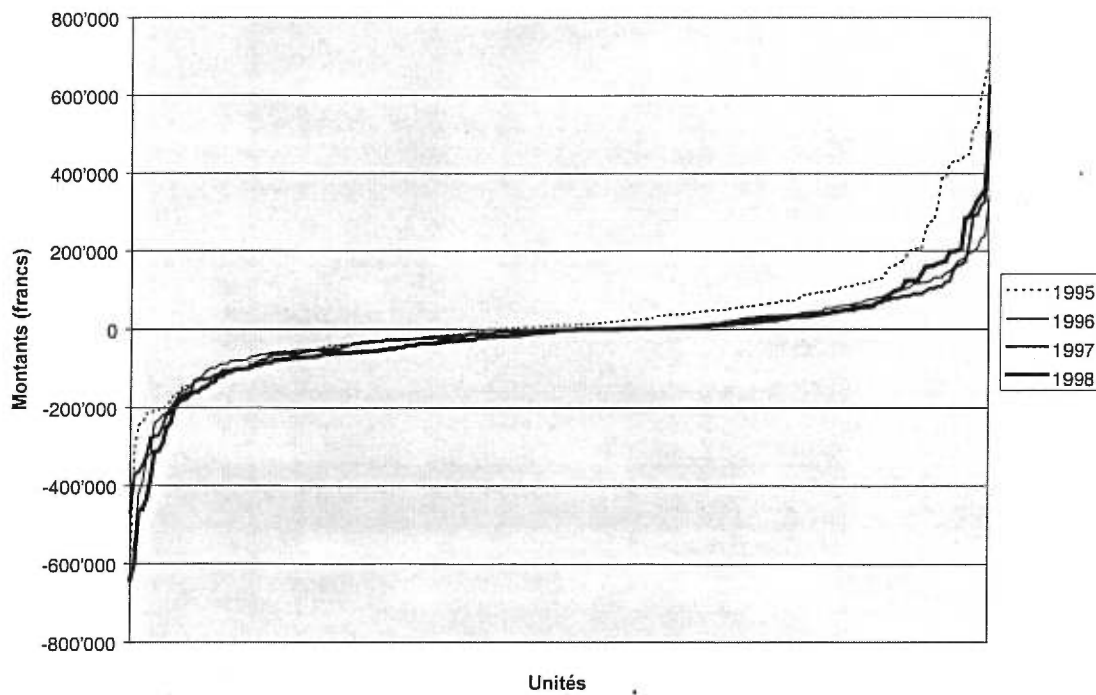
#### 4.4.4 Les impacts du SID sur l'influence collective

Les statistiques du CHUV sont une source d'information précieuse pour évaluer l'impact des tableaux de suivi, ces derniers étant supposés minimiser les écarts entre les valeurs observées et standard. Ces écarts, obtenus en soustrayant les valeurs standard aux valeurs observées, sont classés dans les figures 7 à 9 par ordre croissant. Sur la gauche des graphiques figurent les écarts négatifs (économies, pénurie de personnel) alors que les écarts positifs (dépassements de budget, surplus de personnel) sont situés sur la droite. L'analyse est faite

au niveau des unités les plus fines (plus de 300 unités de personnel), sans distinction des professions et de la nature des charges.

Dans le domaine des charges salariales, les écarts négatifs (économies) ont légèrement tendance à augmenter, alors que les écarts positifs (dépassements) restent stables après avoir baissé en 1996 (figure 7). Il semble donc que l'introduction du SID ait coïncidé avec une meilleure maîtrise des dépenses. On notera qu'elle ne s'est pas faite sur un terrain vierge puisqu'il existait déjà un suivi des charges salariales, mais plus rudimentaire. Il n'est malheureusement pas possible de connaître les écarts observés avant l'année 1995, car les budgets étaient calculés à partir des salaires moyens et l'incorporation prévisionnelle du 13<sup>ème</sup> salaire était approximative.

Figure 7. Ecart des charges salariales

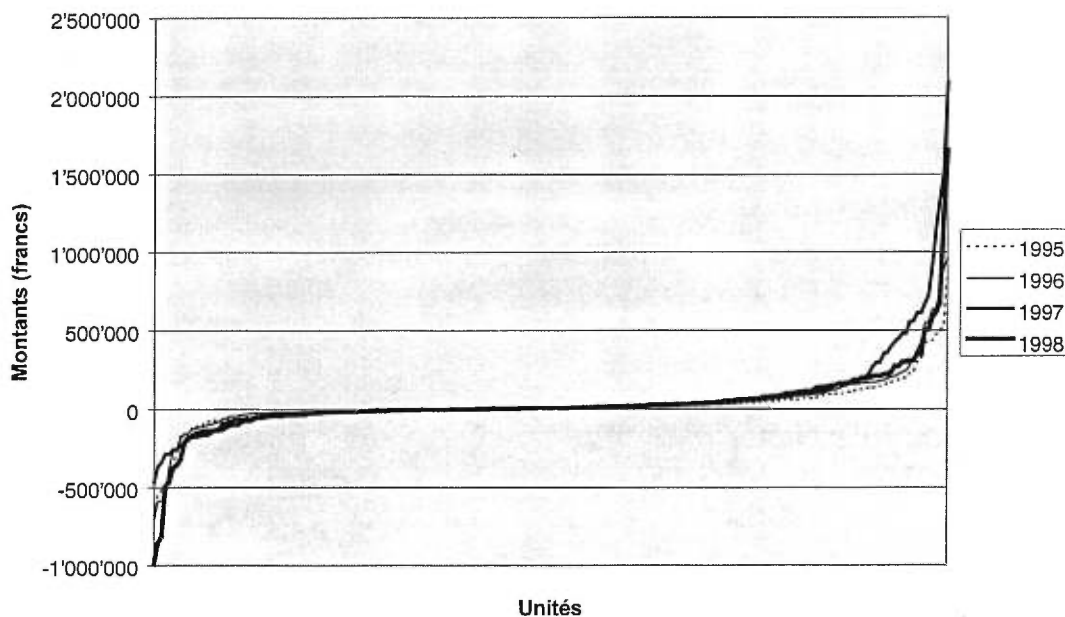


Il est également important de préciser que le nombre de postes s'est réduit sensiblement entre 1994 et 1997 (-7% environ), ce qui signifie que la pression budgétaire n'a pas empêché une réelle maîtrise des charges salariales.

Dans le domaine des autres charges, les dépassements budgétaires (écarts positifs) sont de l'ordre de 10%, ce qui est non négligeable ; ils ne sont pas compensés par des économies (écarts négatifs), qui ne représentent que 5% des autres charges (figure 8). On peut donc considérer que les autres charges ne sont pas vraiment maîtrisées. Le fait qu'il existait déjà

un suivi des autres charges avant l'introduction du SID ne change rien à cette observation. L'accroissement des écarts négatifs pourrait s'expliquer par l'introduction des nouveaux mécanismes d'allocation interne des ressources : les économies étant affectées aux fonds de réserve des services, il n'est plus nécessaire de passer des commandes en fin d'année pour «éponger le solde du budget».

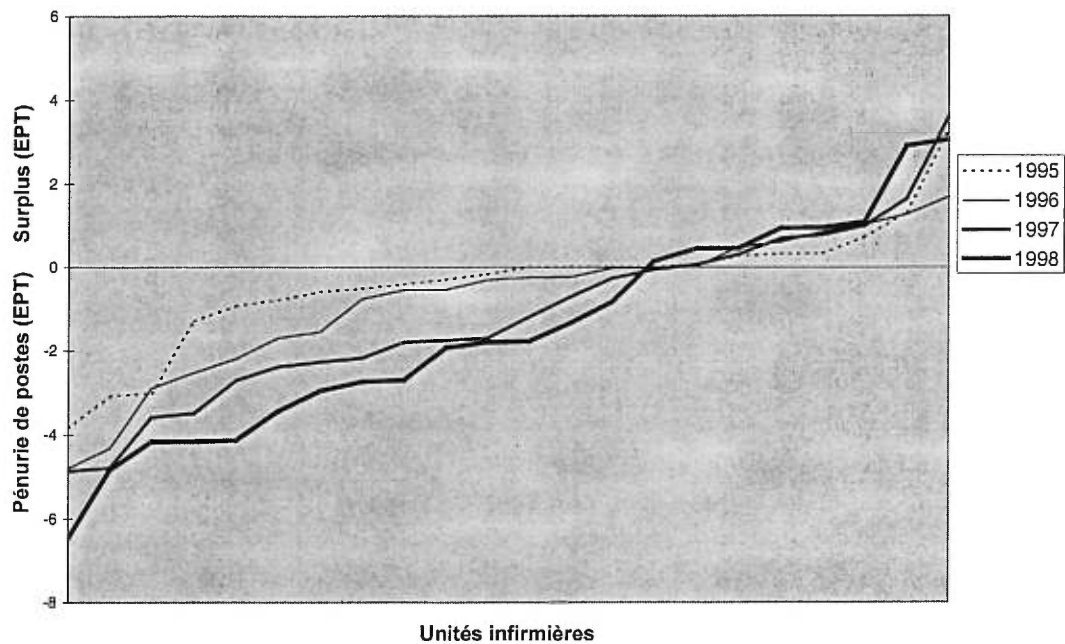
Figure 8. Ecart des autres charges



Les écarts de dotation en personnel infirmier ont tendance à s'aggraver (figure 9), ce qui révèle une absence d'influence des dirigeants sur cet aspect ; les services ayant une pénurie de personnel se situent dans la partie gauche du graphique, les services ayant un surplus dans la partie droite. La pénurie est ainsi passée de 5% des effectifs à 15%, ce qui est évidemment trop. Une partie de l'incapacité à combler la pénurie provient de l'assèchement du marché du travail ; la durée de la formation infirmière étant passée de 3 à 4 ans, une volée d'infirmières diplômées a manqué en automne 1997. Une autre partie est liée à l'augmentation de l'absentéisme. Les surplus n'ont cependant pas été utilisés pour limiter cette pénurie, peut-être en raison des qualifications requises : toute infirmière ne peut pas remplacer une infirmière de soins intensifs de néonatalogie par exemple.



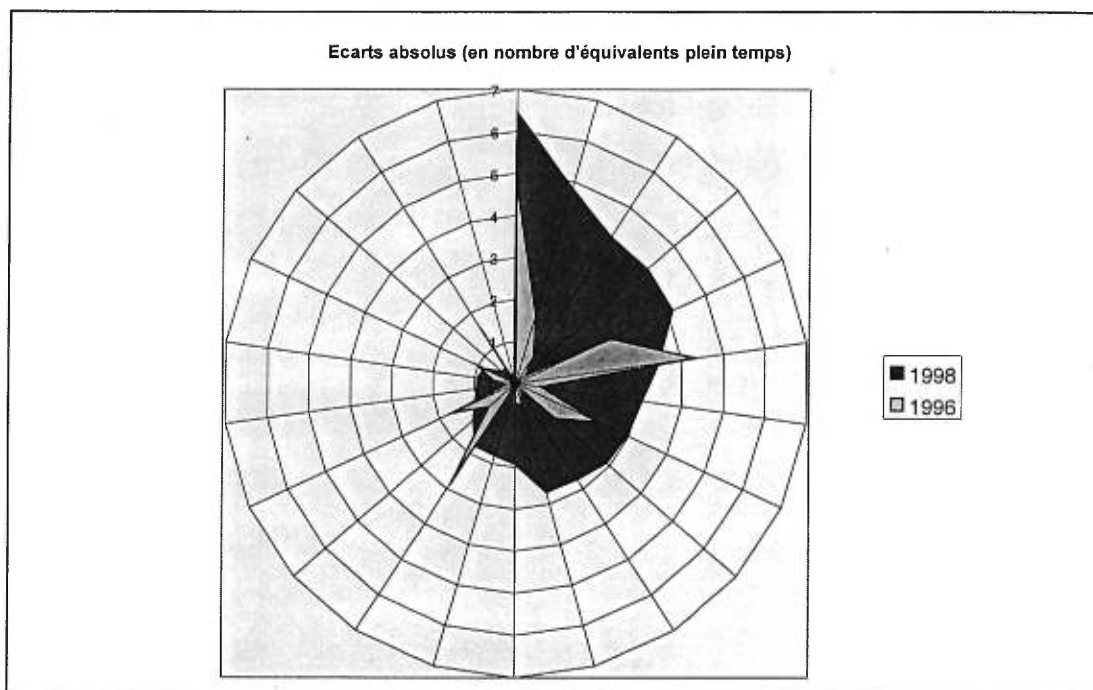
Figure 9. Ecart de dotation en personnel infirmier (EPT, 22 services)



La confrontation de ces chiffres à d'autres indicateurs tels que le nombre de postes infirmiers par hospitalisation, standardisé en fonction des affections présentées par les patients, suggère que la pénurie ne s'est pas aggravée autant que le laisse supposer l'instrument PRN. On pourrait imaginer que les services surestiment les soins requis dans le but de mieux se faire entendre lorsqu'ils disent manquer de personnel. On devrait alors observer une aggravation de la situation là où la pénurie est la plus marquée. La figure 10 représente l'évolution des écarts (en valeurs absolues) entre 1996 et 1998 en répartissant les services autour d'un point central (diagramme polaire). On remarque que les services se trouvant en situation de pénurie en 1996 ne sont pas plus touchés que les autres en 1998 : le manque de personnel se fait sentir partout, ce qui atténue la force de cette hypothèse.

On peut donc affirmer que la capacité d'influence des dirigeants en matière de dotation en personnel infirmier s'est amenuisée au cours du temps, principalement en raison de contraintes externes. L'outil a permis d'objectiver cette évolution, mais pas de la corriger.

Figure 10. Comparaison des écarts de dotation des années 1996 et 1998



Quelle a été l'influence du suivi des durées de séjour effectué en 1996 ? Les négociations ont eu lieu durant le mois d'avril. On observe une brusque baisse au mois de mai, généralement suivie d'une hausse légère durant les mois suivants (figure 11). Les cibles ont été fixées sur la base des durées de séjour observées dans d'autres hôpitaux ou au CHUV en 1994. Cette année-là, le nombre d'hospitalisations d'un jour était pratiquement nul. L'évolution de la durée de séjour ne s'explique pas par un raccourcissement des hospitalisations, mais par le développement de l'hospitalisation d'un jour (figure 12). Enfin, on observe que les valeurs standard sont parfois plus élevées que les valeurs observées ; il s'agit de services dont la durée de séjour a diminué spontanément avant le mois d'avril.

Dans ce contexte, il paraît vraisemblable que le suivi des durées de séjour n'a pas eu d'effet direct. S'agissant cependant d'une condition posée par les chefs de service pour modifier leurs pratiques, il est probable que la mise à disposition de l'information a contribué à vaincre les résistances de certains. On peut également relever que la chute observée entre les mois d'avril et de mai est d'autant plus nette que les négociations ont été vives (OTR, CPR, ORL). La résistance d'un dirigeant n'est donc pas forcément un frein au changement.

Figure 11. Evolution des durées de séjour, par service (utilisateurs), en 1996

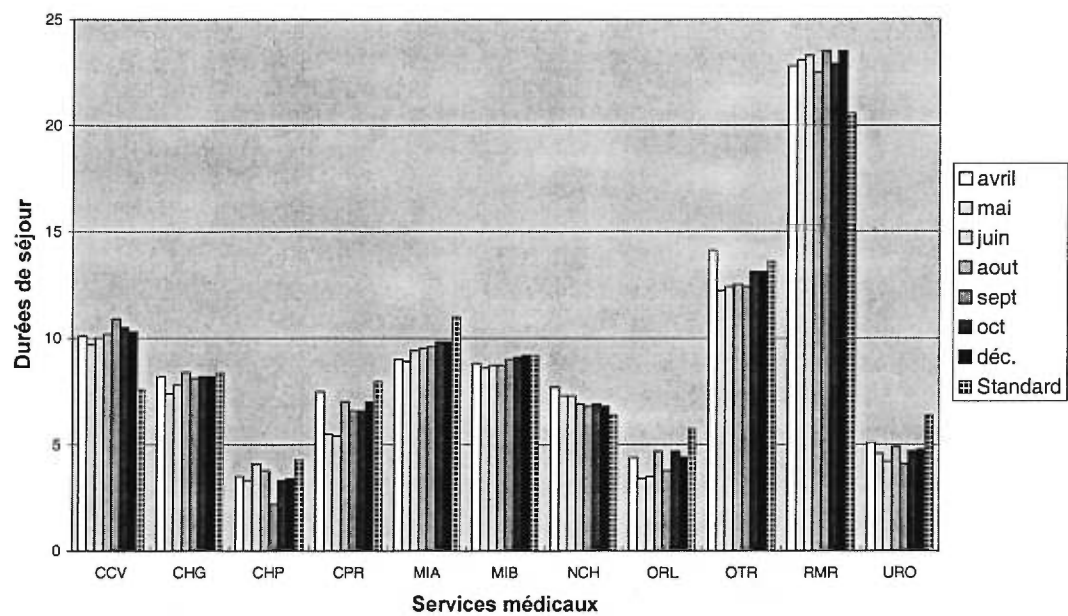
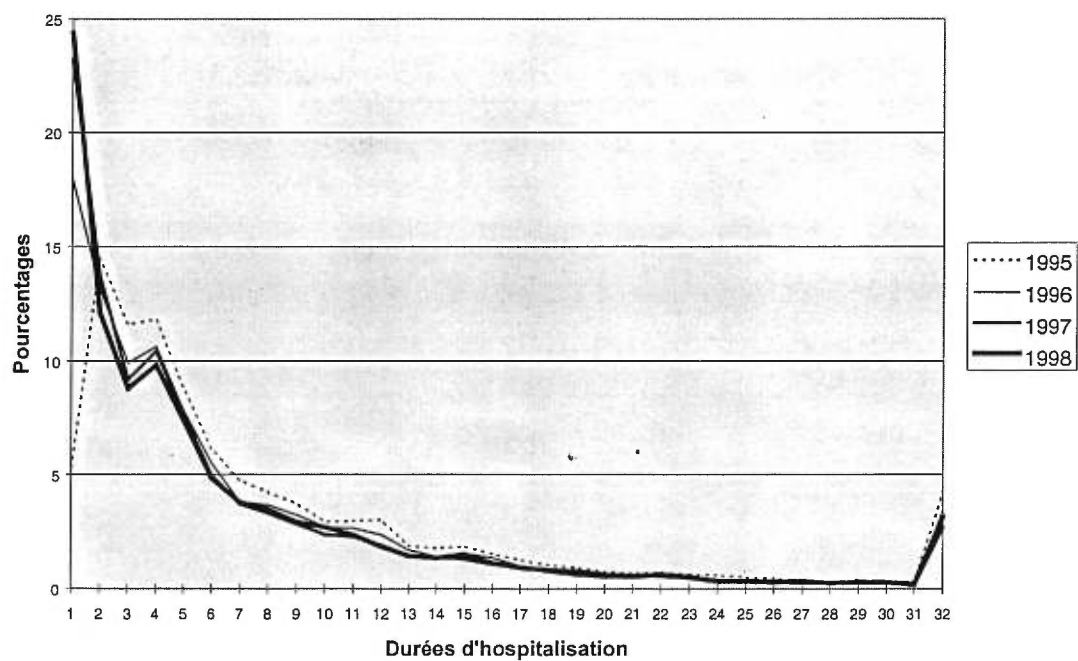
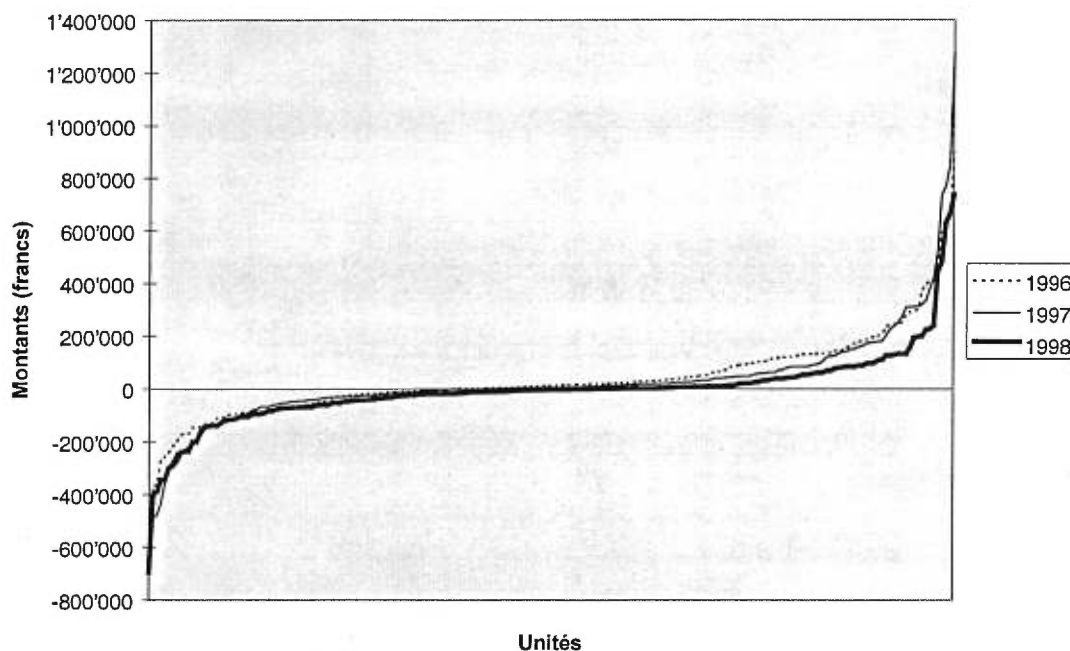


Figure 12. Evolution de la distribution des durées d'hospitalisation (ensemble du CHUV)



L'outil de budgétisation a permis de faire évoluer les budgets des charges salariales, comme le montre la figure 13. Des ressources ont été retirées aux services situés dans la partie gauche du graphique pour être allouées à d'autres situés dans la partie droite. Il n'est malheureusement pas possible de connaître la situation de l'année qui a précédé l'introduction de l'instrument de budgétisation (budget 1995 effectué en 1994) en raison du manque d'homogénéité des données. Mais on n'observe pas de changements significatifs entre 1996 et 1998, à part une légère diminution des montants réalloués en 1998. Le degré de divagation est resté le même (11%).

Figure 13. Variation des budgets de charges salariales (FS)



L'évolution est plus contrastée pour la budgétisation des autres charges. Les montants prélevés aux services augmentent fortement d'année en année (figure 14). On observe la tendance inverse pour les sommes réallouées. Sachant qu'il est beaucoup plus facile de donner des ressources supplémentaires que d'en prélever, on constate un renforcement significatif de la capacité d'influence.

Mais cette évolution s'est faite au prix d'une divagation accrue qui passe de 8% à 21%. On remarque par exemple que le budget des autres charges de plusieurs unités s'était accru en 1997 pour baisser sensiblement en 1998 (figure 15, quadrant inférieur droit).

Figure 14. Variation des budgets des autres charges (FS)

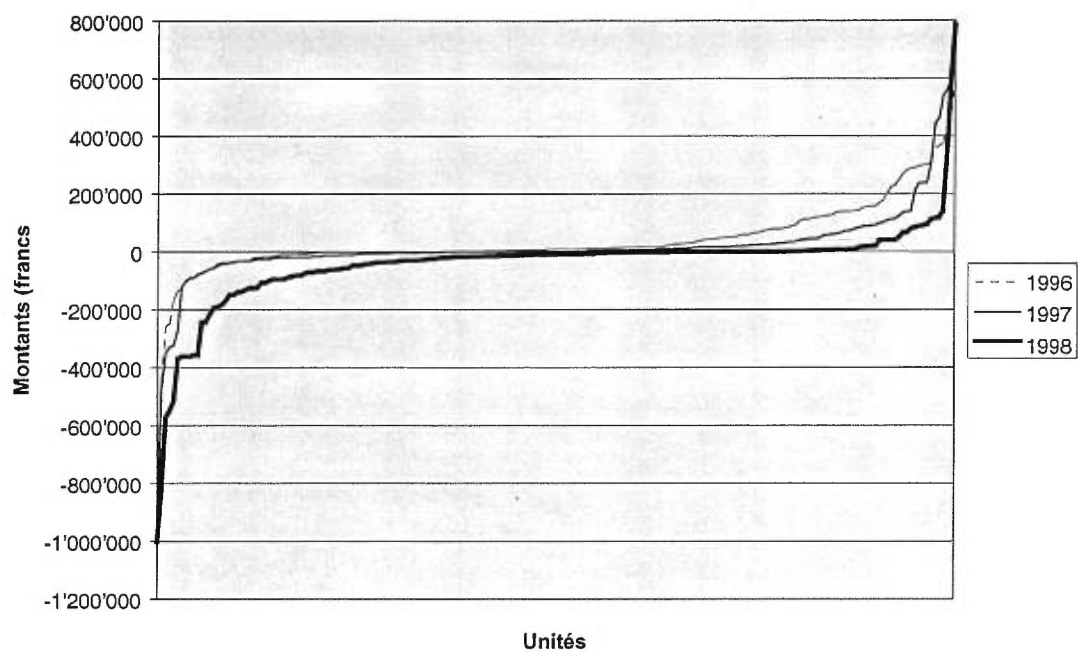
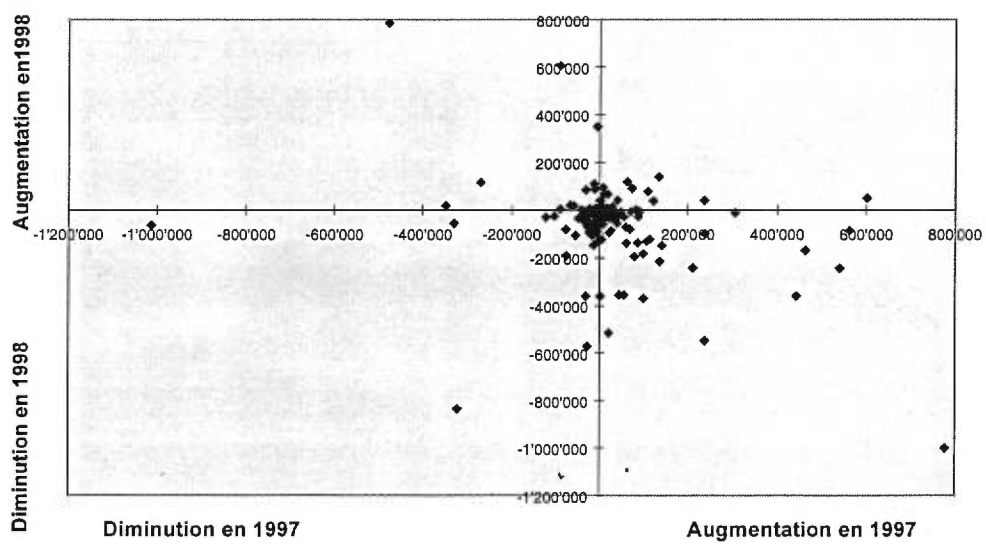
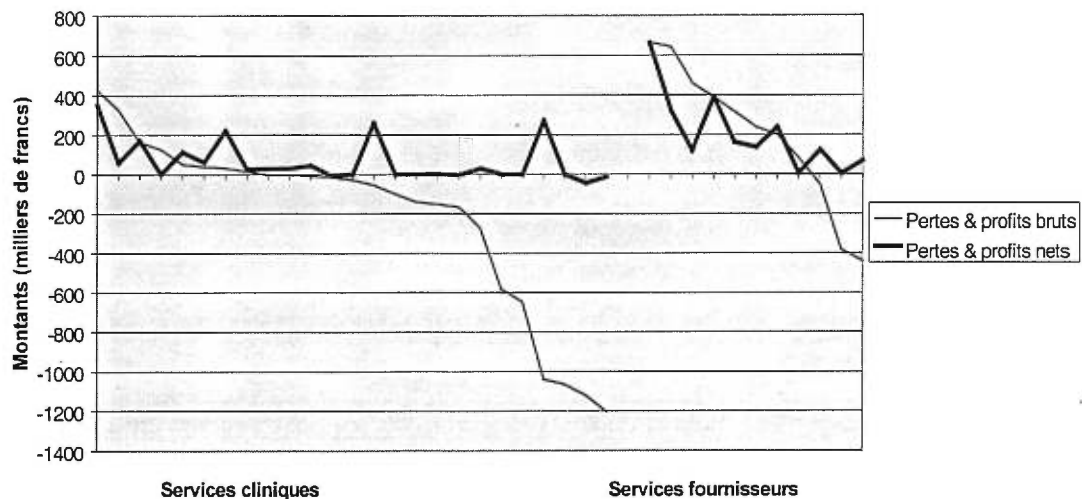


Figure 15. Phénomène de divagation (variations budgétaires)



Quant à l'instrument d'allocation interne des ressources, il a pour but principal de renforcer l'équité de la répartition des ressources disponibles. L'impact attendu est donc l'acceptation des sanctions financières par les chefs de service. Ces sanctions ont été effectivement avalisées sans problèmes pour l'exercice 1997. Il est cependant intéressant d'analyser les résultats de plus près (figure 16).

Figure 16. Résultats financiers des services cliniques et des services fournisseurs en 1997



Les services cliniques, comme ceux de médecine interne, de cardiologie, d'urologie par exemple, se trouvent dans la partie gauche de la figure; les services fournisseurs, comme les laboratoires, la physiothérapie, la radiologie, la restauration, etc., sont situés à droite. Ils sont classés selon des résultats financiers décroissants (du plus gros profit à la plus forte perte). Ces résultats bruts, rapportés par les tableaux de suivi, ont été corrigés après bouclage des comptes pour tenir compte de certaines particularités expliquées plus loin. Les sanctions financières sont prises sur la base des résultats nets. Les services en situation de bénéfice ont généralement pu le conserver. En revanche, presque tous les déficits ont été éponnés. Il n'est donc pas étonnant que les sanctions financières aient pu être prises sans provoquer de réactions...

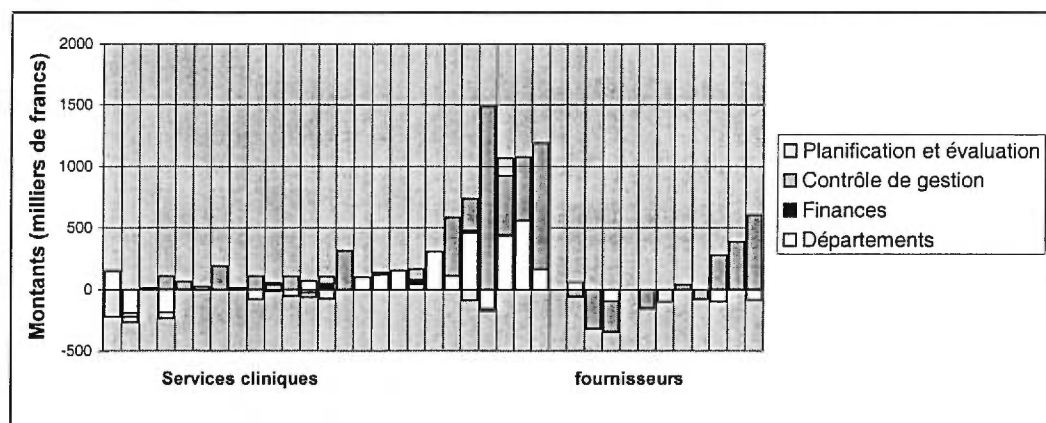
La figure 17 renseigne sur le détail des ajustements effectués. Une première série d'ajustements, à la hausse et à la baisse, ont été effectués par l'Office de la planification et de l'évaluation pour corriger certaines anomalies liées à la fiabilité des données. Ainsi, le codage des diagnostics a été effectué depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997 par des archivistes professionnels ; ce codage était auparavant assuré directement par les médecins. Il en est résulté des biais de codage importants faussant l'allocation des ressources. Par exemple, 10% des

nouveau-nés présentaient des complications en 1996 contre 90% en 1997. Ces ajustements peuvent aller jusqu'à 200'000 francs pour un service.

Une deuxième série d'ajustements a été introduite par le Contrôle de gestion du CHUV pour tenir compte d'éléments qui n'ont pas été intégrés dans le suivi durant l'année : revenus liés aux prestations spéciales (implants, prothèses, médicaments coûteux), à l'application de conventions particulières (patients provenant du canton du Tessin), aux hospitalisations d'un jour, etc. Il s'agit de montants considérables, pouvant dépasser le million de francs en cardiologie par exemple.

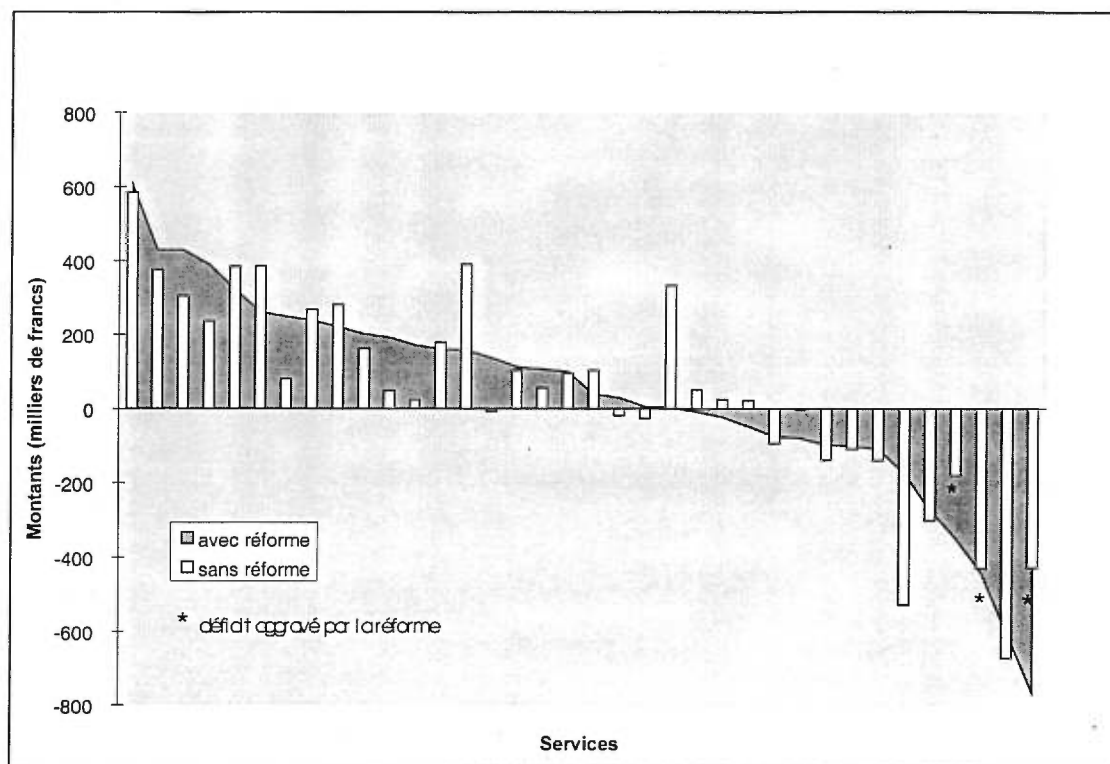
L'Office des finances a par ailleurs financé 50% de l'aggravation de la perte, lorsque l'introduction des nouveaux mécanismes d'allocation des ressources a été en défaveur du service. L'expérience a montré qu'il s'agit de faibles montants et que peu de services se sont trouvés dans cette situation (figure 18).

Figure 17. Ajustement des résultats financiers de l'année 1997



Ces trois types d'ajustements avaient été annoncés avant la réforme ; la direction du CHUV se devait donc de les introduire. Ce qui est plus surprenant est la décision des départements d'introduire un quatrième type d'ajustement, consistant à annuler les dettes à partir de réserves constituées au niveau de la direction de ces départements. On peut l'interpréter de deux manières : il s'agit d'une mesure dilatoire visant à faire accepter la réforme ou, au contraire, c'est le signe d'un manque de fermeté qui n'incitera pas les services à faire attention (aucun remboursement n'a été exigé).

Figure 18. Comparaison des résultats avec et sans réforme

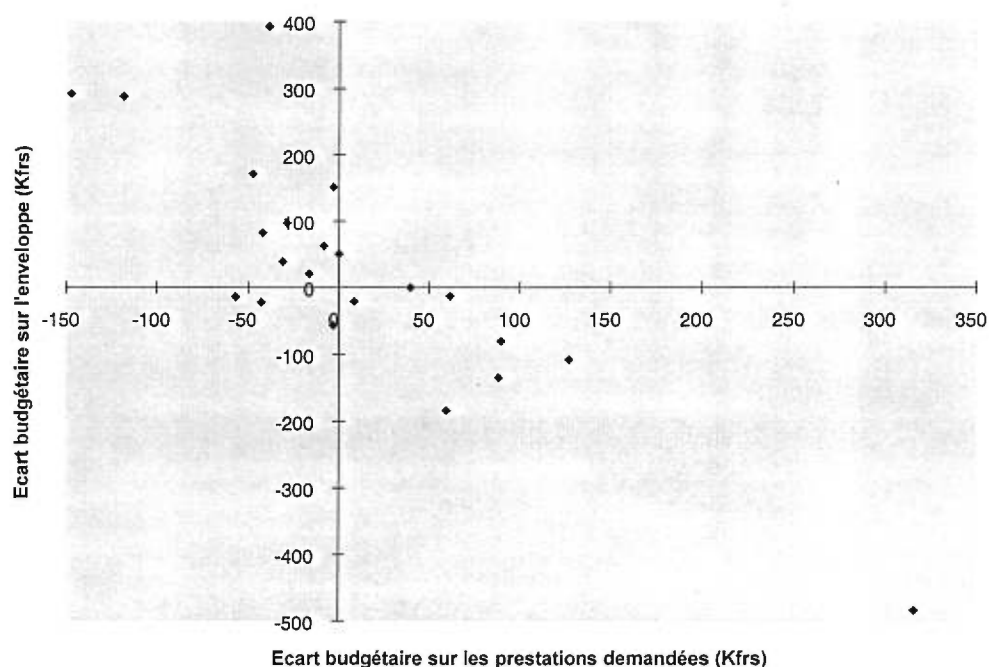


Quant à l'équité des mécanismes proposés, on peut la vérifier en confrontant les écarts budgétaires des enveloppes variables et des prestations demandées sur le marché interne (figure 19). Les services qui ont demandé plus de prestations que prévu (dépassement budgétaire, écart négatif) sont ceux qui ont reçu des ressources supplémentaires en raison d'un afflux de patients, de pathologies plus lourdes que prévues ou d'un nombre de cas extrêmes plus élevé que d'habitude (quadrant supérieur gauche). Inversement, les services qui ont demandé moins de prestations sur le marché interne avaient généralement un volume de clientèle plus faible (quadrant inférieur droit). Les explications fournies aux chefs de service à propos des points s'écartant le plus de la bissectrice ont paru satisfaisantes.

Aucun effet pernicieux n'a été détecté. Par exemple, le nombre de cas extrêmes n'a pas augmenté («pas d'escroquerie à l'assurance») ; l'analyse détaillée des 50 cas les plus extrêmes n'a pas démontré d'acharnement thérapeutique : les patients étaient généralement jeunes, atteints d'affections lourdes et sortis vivants.



Figure 19. Cohérence du marché interne



Quatre revues d'hospitalisations ont été conduites au CHUV. Les deux premières ont mis en évidence des durées d'hospitalisations trop longues, principalement dues à des délais liés à la préparation de la sortie. Ces revues ont contribué à une prise de conscience ; les durées d'hospitalisation ont pu être réduites de 15% environ en deux ans, alors que la tendance générale est une diminution annuelle de 5% en moyenne dans les hôpitaux suisses comparables. Les trois autres revues n'ont pas suscité de profond débat, ni provoqué de changements importants. Les raisons sont différentes selon les situations :

- la revue n'a pas mis en évidence de dysfonctionnement ;
- l'instrument n'a pas eu une puissance suffisante pour modifier la politique du service ;
- la correction des causes de délais aurait augmenté les risques pour les patients ou induit des coûts supplémentaires dans d'autres services.

Les durées d'hospitalisation devenant toujours plus courtes, les bénéfices des revues d'hospitalisation s'amointrissent avec le temps. La direction du CHUV a donc décidé de ne procéder à de telles revues que si elle disposait d'indices suffisants pour suspecter un nombre important de journées non justifiées. Un instrument de détection de ces situations est en cours d'élaboration. En bref, la qualité de l'instrument n'est pas remise en cause ; mais

l'évaluation devrait être ciblée sur les services problématiques par un instrument de surveillance préalable.

Une étude prospective sur les besoins en lits du CHUV pour les dix années à venir a été effectuée. Les résultats de l'étude ont été communiqués aux cadres du CHUV qui l'ont accepté sans trop de problèmes, les enjeux n'étant pas immédiats. A l'extérieur du CHUV, la perspective de voir le nombre de lits du CHUV chuter d'au moins 30% a été bien accueillie. Mais l'étude est ensuite restée sur les étagères, sans provoquer d'autres remous. Deux ans plus tard, un projet de construction d'une policlinique a été contesté par une part importante du parlement cantonal. L'un des principaux arguments était le suivant : «Avec ces 300 lits de moins, il doit bien y avoir deux ou trois étages vides au CHUV pour loger cette policlinique !» Des études architecturales détaillées, des visites sur le terrain n'ont alors pas suffi à convaincre les autorités politiques que ce n'est pas le cas. Des experts étrangers («*space managers*») ont été mandatés pour arbitrer sur ce point. L'existence d'une planification soigneusement établie a alors constitué un argument de poids, parmi d'autres pour confirmer les orientations prises. En résumé, cette étude n'a eu que peu d'impact sur le moment, mais elle a produit des effets plus tard, accidentellement.

En résumé, l'analyse de l'impact du SID sur l'influence aboutit à des conclusions mitigées. Certes, le SID a contribué à la maîtrise des coûts notamment salariaux ; mais il s'est avéré peu efficace pour les autres charges, en partie en raison d'un manque de données (médicaments et implants hors du marché interne par exemple). Le SID a facilité les modifications budgétaires, mais cela s'est fait au prix d'une divagation accrue. Autrement dit, les pilotes ont été plus libres de leurs mouvements, mais ils semblent avoir eu de la peine à tenir le cap. Quant aux mécanismes d'allocation interne des ressources, ils ont été appliqués avec beaucoup de prudence : les déficits ont été presque systématiquement épongés. Les observations relatives aux autres instruments n'amènent rien de spectaculaire non plus.

L'observation la plus surprenante est l'absence de réaction relative à l'apparente inéquité des dotations infirmières. Ce point mérite d'être approfondi, car il s'agit là d'un véritable cas d'école pour étudier les raisons d'un manque d'influence alors que les dirigeants disposent d'une information parlante.

Comment donc expliquer le fait qu'un instrument aussi précis que le suivi des dotations en personnel infirmier (PRN) n'ait pas produit les effets attendus ? Après avoir lourdement insisté sur cette question, un cadre infirmier a fini par lâcher : «Parce que nous ne sommes pas des robots !». Bien sûr, la nomenclature PRN ne tient pas compte de la qualification du

personnel, des étudiants et des pré-stagiaires, de l'âge des patients, du personnel minimal requis pour assurer la permanence des soins continus, du transfert accru des patients lorsque le taux d'occupation atteint 98%, de l'expertise et de la disponibilité des médecins, etc. Bien sûr ! Aucun instrument ne pourra jamais tout prendre en compte. Et pourtant, aucune des personnes interrogées n'a, semble-t-il, remis en question les résultats mis en évidence par l'instrument. Les faits sont acceptés ; tout le monde s'accorde pour dire que les écarts de dotation restent inégalement répartis. La question est donc celle-ci : faut-il s'appuyer sur le système d'information pour fixer les dotations infirmières ou plutôt sur le jugement des dirigeants ?

Interrogés à ce sujet, les cadres infirmiers ont semblé partagés. On peut défendre avec vigueur la supériorité de l'interprétation humaine par principe comme l'ont fait certains (WEIL, 1971<sup>194</sup>). On peut également trouver des arguments concrets pour défendre cette option : «Regardez quels sont les services en sous-effectifs : ce sont les services qui vont bien», «Prenez du personnel dans un service équilibré d'après l'outil PRN, mais déstabilisé par une ambiance déplorable et vous courrez à la catastrophe !». «Avec une bonne équipe, vous pouvez modifier les horaires, demander plus de flexibilité ; ailleurs, c'est impossible». Dans cette optique, le SID ne sert pas à gommer les écarts, il sert à savoir jusqu'où l'on peut prendre des risques. Une équipe peut être fière de faire face aux difficultés, grâce à une bonne organisation du travail et à une excellente dynamique de groupe. Ruyer résume bien cette vision, à propos de la cybernétique :

*«Personne ne croit sérieusement que l'homme conscient soit un robot. Et pourtant, par une bizarre inconséquence, tout le monde admet les possibilités indéfinies de l'automatisme pour expliquer la vie et pour expliquer l'homme. (...). Il est aussi impossible de concevoir une machine capable d'absorber de l'information qu'une machine capable de créer de l'information. (...). L'information (...) ne peut être vraiment terminale, nutritive. Une machine ne peut se réjouir d'être félicitée, ne peut s'épanouir de la conscience d'être aimée : inutile de lui dire qu'on l'aime, comme à Mozart.» (RUYER, 1966<sup>195</sup>)*

D'autres cadres infirmiers crient au scandale : «Tout ceci est vrai, mais à court terme. Ce n'est pas juste, la situation se perpétue et un jour, même la meilleure équipe finit par craquer !». Ils prônent une autre vision, consistant à réguler les dotations en personnel infirmier sans états d'âme et confier au pool d'infirmiers volants le rôle d'appoint pour faire face aux dysfonctionnements. Selon eux, les arguments avancés plus haut sont l'expression d'une barrière mentale qui bloquent les mesures correctives pourtant justifiées. Le but du SID est

d'appliquer des règles acceptées préalablement de tous, c'est-à-dire de garantir un traitement équitable à chacun. L'homme dirigeant n'en serait pas capable ; il serait en effet pris dans un réseau d'intérêts qui faussent son comportement. Une recherche psychosociale paraît leur donner raison : des cadres devant rétribuer des personnes aux performances inégales choisissent l'égalité trois fois sur quatre s'ils s'attendent à des réactions des personnes concernées, contre une fois sur quatre dans le cas contraire (SHAPIRO, 1975<sup>196</sup>). D'autres facteurs peuvent pousser l'homme à privilégier l'égalité au lieu de l'équité, par exemple si ses interlocuteurs partagent une même identité (GREENBERG, 1978<sup>197</sup>) ou un même statut (DEUTSCH, 1975<sup>198</sup>). L'équité ne vient au premier plan que si le dirigeant pense que le plus faible y trouve son compte (KELLERHALS, 1997<sup>199</sup>).

Ces deux visions ne sont pas antinomiques ; la perception d'une inégalité peut la rendre supportable si elle s'insère dans une conscience sociale. Une dotation infirmière inéquitable peut subsister tant que dure l'espoir de voir l'équilibre se rétablir.

*«Un singe cosmonaute meurt de terreur ou d'ennui là où un homme survit, parce qu'il comprend et surtout parce qu'il s'est préparé mentalement<sup>200</sup>.» (RUYER, 1974)*

L'homme civilisé est sensé savoir différer ses désirs. Le temps atténue la brusquerie des mesures correctives. Attendre permet d'éviter une divagation excessive. Dans leurs propos, les dirigeants du CHUV semblent faire l'éloge de la retenue, d'une conduite prudente. On peut s'interroger par exemple sur cette capacité des départements à absorber les déficits de certains services pour atténuer les chocs. Pourquoi ne pas procéder d'emblée aux ajustements budgétaires ? La clé se trouve probablement dans cette dualité entre égalité et équité. Ainsi, le problème de l'injustice des budgets historiques est clairement perçu. La volonté d'y remédier est là, mais les dirigeants craignent des réactions de la part des chefs de service à qui l'on va prendre des ressources pour les allouer à d'autres. On procède donc par étapes successives. Dans un premier temps, tous les services se voient ponctionnés d'un même montant (proportionnel à son enveloppe budgétaire) pour constituer des réserves (réflexe d'égalité). Dans un second temps, on prend en charge le déficit (réflexe d'équité). Introduire ce type de modulations dans le SID serait difficile. L'absence d'impact du SID sur la capacité d'influence n'est peut-être que le reflet d'une appropriation prudente par les dirigeants. L'opinion dominante semble être : il faut entendre l'information, la prendre en compte, la maintenir à distance pour la mettre à l'épreuve, mais pas trop longtemps. Dans cette perspective, le SID est une mauvaise conscience ; il est là pour rappeler au dirigeant la direction souhaitable. Finalement, il ne s'agirait là que d'une observation banale maintes fois relevée :

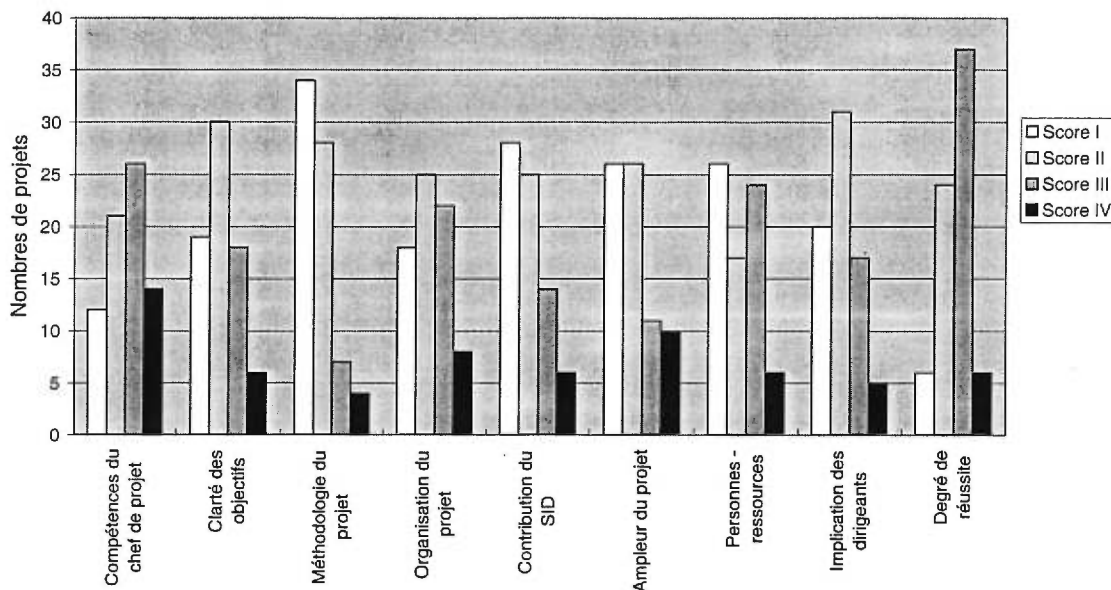
ce qui est difficile pour l'homme est facile pour l'ordinateur et ce qui est facile pour l'homme est difficile pour l'ordinateur (REBOUL ET MOESCHLER, 1998<sup>201</sup>).

L'influence collective des dirigeants ne se manifeste pas uniquement dans leur rôle de contrôle de gestion, mais aussi dans leur capacité à innover et à mener à bien des projets. La majorité des objets abordés dans les séances répertoriées peuvent être rattachés sans arbitraire à 75 entités, dont deux ont été écartées (points relatifs aux tâches diverses des directions du CHUV et des Hospices) car elles ne constituent pas des véritables projets (cf. annexe G, projets DIR et DIG). Finalement, l'analyse porte donc sur 73 projets.

Six projets n'auraient pas pu voir le jour sans le SID (score IV : « contribution directe et totale », cf. tableau VIII et figure 20) ; il s'agit des projets d'allocation interne des ressources, de la garantie d'équilibre budgétaire, de la gestion des lits, des enquêtes de satisfaction auprès des patients et du personnel et des tableaux de bord et de suivi. Le SID a également contribué directement à 14 autres projets (score III), par exemple en nourrissant les cours de gestion pour médecins cadres, en clarifiant les indicateurs du contrat de prestations, en fournissant des informations pour le programme d'économie OrCHidée, en alimentant les discussions lors de l'évaluation des médecins cadre, en intégrant les résultats du Projet de recherche en nursing (dotation en personnel infirmier) ou en fournissant les données statistiques du rapport annuel. Il a contribué indirectement à 25 projets (score II) tels que la réorganisation du bloc opératoire, des articles dans le journal d'entreprise des Hospices, la mise en évidence des incohérences de la structure du CHUV ou le rapprochement des hôpitaux universitaires vaudois et genevois. Les autres projets (28) n'ont reçu aucune contribution du SID (score I).

Une première analyse consiste à examiner si les projets qui ont le mieux réussi sont aussi ceux qui ont bénéficié des plus fortes contributions du SID. Les variables « degré de réussite » et « contribution du SID » ne sont pas significativement associées si l'on se réfère au coefficient de corrélation des rangs ( $\rho$  de Spearman de 0.083, qui n'est clairement pas significativement différente de zéro,  $p=0.49$ ). Il paraît toutefois prudent d'analyser cette relation en prenant en considération l'ensemble des facteurs de confusion potentiels, qui pourraient éventuellement masquer une association plus forte ou mettre en évidence des interactions intéressantes. Afin de disposer de suffisamment d'observations par groupe, l'ensemble des variables ont été réduites en catégories dichotomiques d'effectifs aussi semblables que possibles. Les séparations se trouvent entre les scores 2 et 3 pour tous les items sauf pour les variables « méthodologie » et « contribution du SID » où la valeur limite est située entre les scores 1 et 2 (figure 20).

Figure 20. Scores attribués aux projets



Comme exposé dans le chapitre consacré aux méthodes (sections 3.4.4 et 3.4.6), plusieurs facteurs sont susceptibles de favoriser la réussite des projets. Outre la « contribution du SID », les variables « clarté des objectifs », « méthodologie du projet », « organisation du projet », « compétence du chef de projet », « personnes ressources » et « implication des dirigeants » ont donc été introduites dans un modèle de régression logistique en vue de prédire le degré de réussite des projets. La question est alors de savoir si, dans un processus causal multifactoriel, la contribution du SID a été ou non un facteur prédominant de la réussite des projets.

Les variables indépendantes significativement associées au degré de réussite du projet sont la compétence du chef de projet, la clarté des objectifs, les personnes ressources (dotation en personnel affectée au projet) (tableau XXX). Outre ces facteurs dont la contribution est positive, l'ampleur du projet est également significative, mais constitue un frein à la réussite des projets (coefficient négatif). Le tableau XXX montre également que les variables « méthodologie », « contribution du SID », « organisation du projet » et « implication des dirigeants » ne contribuent pas significativement à la prédiction du degré de réussite. Une régression pas à pas (procédure *stepwise*, avec un seuil de signification de 5%, tableau XXXI) confirme l'élimination successive de ces variables et le modèle restreint à 4 variables exhibe des coefficients similaires. Ces résultats sont par ailleurs concordants avec les corrélations de rangs observées entre les variables originales (scores de 1 à 4, cf. annexe B).

Tableau XXX. Déterminants du degré de réussite (régression logistique - modèle complet)

Modèle		Régression logistique, introduction de toutes les variables dichotomiques			
- Log vraisemblance	-27.94				
- Nombre d'observations	73				
- LR $\chi^2$ (8)	42.99 (p < 0.001)				
Variable dépendante :	Degré de réussite des projets (expression dichotomique)				
Variables indépendantes :	Coefficients	z	P>  z	Intervalle de confiance (95%)	
- Compétence du chef de projet	2.603	3.132	0.002	0.974 à 4.231	
- Clarté des objectifs	2.387	2.147	0.032	0.208 à 4.565	
- Méthodologie du projet	-0.216	-0.236	0.813	-2.010 à 1.578	
- Organisation du projet	0.797	1.039	0.299	-0.706 à 2.299	
- Contribution du SID	-0.420	-0.510	0.610	-2.032 à 1.193	
- Personnes ressources	2.840	2.696	0.007	0.775 à 4.904	
- Implication des dirigeants	1.166	1.474	0.140	-0.384 à 2.715	
- Ampleur du projet	-3.175	-2.546	0.011	-5.620 à -0.730	
Constante	-1.850	-2.721	0.007	-3.183 à -0.517	

Le modèle restreint à 4 variables montre que les coefficients de chaque variable sont à peu près les mêmes. On peut donc simplifier ce modèle en donnant le même poids à chaque variable et en inversant le score de l'ampleur pour que tous les poids soient de même signe. Le modèle simplifié repose alors sur une régression logistique ayant une seule variable indépendante : le nombre d'items ayant un score supérieur à 2 (tableau XXXII).

Tableau XXXI. Déterminants du degré de réussite (régression logistique – modèle restreint)

Modèle		Régression logistique, procédure pas à pas (seuil de 5%)			
- Log vraisemblance	-30.07				
- Nombre d'observations	73				
- LR $\chi^2$ (4)	38.73 (p < 0.001)				
Variable dépendante :	Degré de réussite des projets (expression dichotomique)				
Variables indépendantes :	Coefficients	z	P>  z	Intervalle de confiance (95%)	
- Compétence du chef de projet	2.399	3.532	0.000	1.068 à 3.730	
- Clarté des objectifs	2.157	2.414	0.016	0.405 à 3.908	
- Personnes ressources	2.769	2.946	0.003	0.927 à 4.611	
- Ampleur du projet	-2.798	-2.771	0.006	-4.777 à -0.819	
Constante	-1.507	-2.803	0.005	-2.560 à -0.453	



Tableau XXXII. Modèle simplifié (régression logistique – une seule variable indépendante)

Modèle		Régression logistique			
- Log vraisemblance		-30.28			
- Nombre d'observations		73			
- LR $\chi^2$ (1)		38.31 (p < 0.001)			
Variable dépendante :		Degré de réussite des projets (expression dichotomique)			
Variables indépendantes :		Coefficients	z	P>  z	Intervalle de confiance (95%)
- Nombre d'items ayant un score > 2		2.441	4.434	0.000	1.362 à 3.519
- Constante		-4.034	-4.113	0.0050	-5.956 à -2.112

Le gain de vraisemblance apporté par ce dernier modèle est important (pseudo- $R^2 = 0.39$ ) et quasi identique à celui du modèle précédent (log vraisemblance  $-30.28$  au lieu de  $-30.07$ ), suggérant ainsi que les facteurs retenus sont susceptibles d'entraîner une confusion non négligeable. Il paraît dès lors utile d'examiner si la contribution du SID modifie les probabilités de réussite des projets au sein de chaque strate de risque. Un projet est considéré ici comme réussi s'il a atteint ou plutôt atteint ses objectifs (scores 3 et 4 du tableau VIII). Le tableau XXXIII montre que la probabilité de réussite des projets dépend fortement du nombre d'items ayant un score supérieur à 2 : 17% de chance de réussite seulement en présence d'un seul item, 70% avec 2 items et près de 100% si le nombre d'items est supérieur ou égal à 3.

Tableau XXXIII. Association entre la contribution du SID et la probabilité de réussite

Strates de risque*	Aucune contribution du SID (score <2)		Contribution du SID (score >1)		Globalement (scores 1-4)		
	N	p <sup>o</sup>	N	p <sup>o</sup>	N	p <sup>o</sup>	p <sup>p</sup>
1 item	13	0.231	13	0.154	26	0.192	0.169
2 items	11	0.727	15	0.600	26	0.654	0.700
3 items	4	1.000	12	1.000	16	1.000	0.964
4 items	0	-	5	1.000	5	1.000	0.997

\* les items sont : compétence du chef du projet, clarté des objectifs, personnes ressources, petite ampleur  
N = nombre  
p = proportion de réussite (p<sup>o</sup> = observée, p<sup>p</sup> = prédite)

L'examen du tableau XXXIII indique que la contribution du SID n'améliore en rien la probabilité de réussite des projets, quelle que soit la strate de risque.

Dans quelle mesure ce résultat peut-il être considéré comme fiable ? La plupart des scores sont fondés sur des éléments objectifs (méthodologie, organisation, personnes ressources et implication des dirigeants), d'autres ont donné lieu à des jugements convergents entre les



promoteurs du projets et le chercheur (compétences, clarté des objectifs). Des discussions ont cependant été nécessaires pour l'attribution des scores « atteinte des objectifs » d'une dizaine de projets. Un véritable consensus a pu être trouvé pour chacun d'eux, mais l'existence de quelques divergences initiales pose évidemment la question de l'intersubjectivité. La corrélation des rangs entre ce premier jugement (consensus entre le directeur du CHUV et le chercheur) et un autre jugement indépendant (non informé du premier jugement, champs de préoccupations différents, non connaissance des scores attribués aux variables « explicatives ») montre une nette association entre les deux jugements ( $\rho$  de Spearman : 0,411,  $p < 0.001$ ). L'analyse détaillée des projets non concordants indique que les scores du deuxième juge sont plus favorables aux projets dans lesquels il n'a pas été impliqué. Pour cette raison, les scores obtenus par le premier jugement n'ont pas été modifiés. Par ailleurs, l'analyse effectuée sur la base de ce second jugement n'a pas non plus mis en évidence un facteur favorisant du SID sur la réussite des projets.

Finalement, la présente analyse ne fournit donc aucun argument en faveur d'un lien causal entre le SID et le degré de réussite des projets.

#### 4.4.5 *L'impact du SID sur le rôle des dirigeants*

Le SID a-t-il modifié la thématique institutionnelle abordée dans les séances de direction ? A-t-il entraîné une modification du rôle des dirigeants ?

Les objets mis à l'ordre du jour des séances de la Direction du CHUV, du Comité de gestion et du Conseil des Hospices ont touché principalement le thème des ressources, un peu à l'activité de l'hôpital et très peu à la clientèle et aux effets (tableau XXXIV). La gestion des ressources financières a été la préoccupation la plus importante. Outre le programme d'économies OrCHidée, une attention particulière a été donnée à l'équilibre budgétaire. En outre, des projets de réorganisation des achats, de la comptabilité et de la facturation ont été menés. Enfin, plusieurs séances ont été consacrées aux mécanismes d'allocation interne des ressources, au crédit d'inventaire et au fonds d'entretien.

Les projets liés à la gestion du personnel sont nombreux et divers. Ils vont de l'organisation des fêtes à la nomination des cadres, de la gestion des absences à la garderie d'enfants, du lien avec les agences de voyage à la gestion administrative du personnel (retraites, allocations familiales, indemnité téléphonique, etc.), de la formation à l'évaluation des médecins cadres. La gestion des équipements et des locaux comprend divers projets, tels que l'introduction d'un nouveau central téléphonique, la gestion des lits, la construction

d'une nouvelle polyclinique médicale, le projet de création d'un hôtel garni, les questions liées au parking et passage pour les piétons, la sécurité et surtout les réaffectations de locaux (petites transformations, déménagements). Plusieurs projets informatiques et de communication ont occupé un nombre non négligeable de séances. Il s'agit du journal d'entreprise, de l'organisation de conférences de presse, de l'archivage numérisé des dossiers médicaux, du système de paie des employés, du réseau informatique, d'Internet, d'applications informatiques départementales, du changement du système d'information transactionnel et de la préparation au passage de l'an 2000.

Tableau XXXIV. Evolution de la thématique institutionnelle (proportions de séances)

Thèmes	1994	1995	1996	1997	1998	SID
Admission d'un patient	0%	4%	1%	0%	1%	+
Prise en charge d'un patient	1%	1%	3%	2%	4%	+
Sortie d'un patient	1%	2%	1%	0%	2%	+
Entourage du patient	0%	2%	0%	0%	0%	-
<b>Clientèle, total</b>	<b>3%</b>	<b>9%</b>	<b>5%</b>	<b>2%</b>	<b>6%</b>	
Hospitalisation	6%	5%	8%	7%	7%	+
Semi-hospitalisation	0%	4%	0%	2%	0%	-
Ambulatoire	0%	1%	0%	1%	0%	-
Enseignement	1%	0%	2%	2%	2%	-
Recherche	0%	1%	1%	2%	2%	-
Autres activités	7%	5%	8%	7%	5%	+
<b>Activités, total</b>	<b>14%</b>	<b>16%</b>	<b>19%</b>	<b>20%</b>	<b>17%</b>	
Personnel	31%	18%	19%	14%	13%	+
Fournitures	3%	7%	3%	4%	4%	+
Equipements	6%	5%	5%	7%	5%	+
Locaux	8%	8%	7%	7%	5%	-
Autres ressources	15%	23%	14%	13%	11%	-
<b>Ressources, total</b>	<b>64%</b>	<b>61%</b>	<b>49%</b>	<b>44%</b>	<b>38%</b>	
Satisfaction des patients	1%	0%	2%	2%	2%	+
Satisfaction des professionnels	0%	0%	3%	3%	2%	+
Satisfaction des tiers	1%	0%	0%	1%	0%	-
Mortalité	0%	0%	0%	0%	1%	-
Morbidité	0%	0%	0%	0%	0%	-
Autres effets	1%	2%	2%	4%	1%	-
<b>Effets, total</b>	<b>5%</b>	<b>3%</b>	<b>7%</b>	<b>10%</b>	<b>5%</b>	
<b>Milieu</b>	<b>15%</b>	<b>12%</b>	<b>20%</b>	<b>24%</b>	<b>35%</b>	-

+ thème intégré dans le SID

- thème non intégré dans le SID

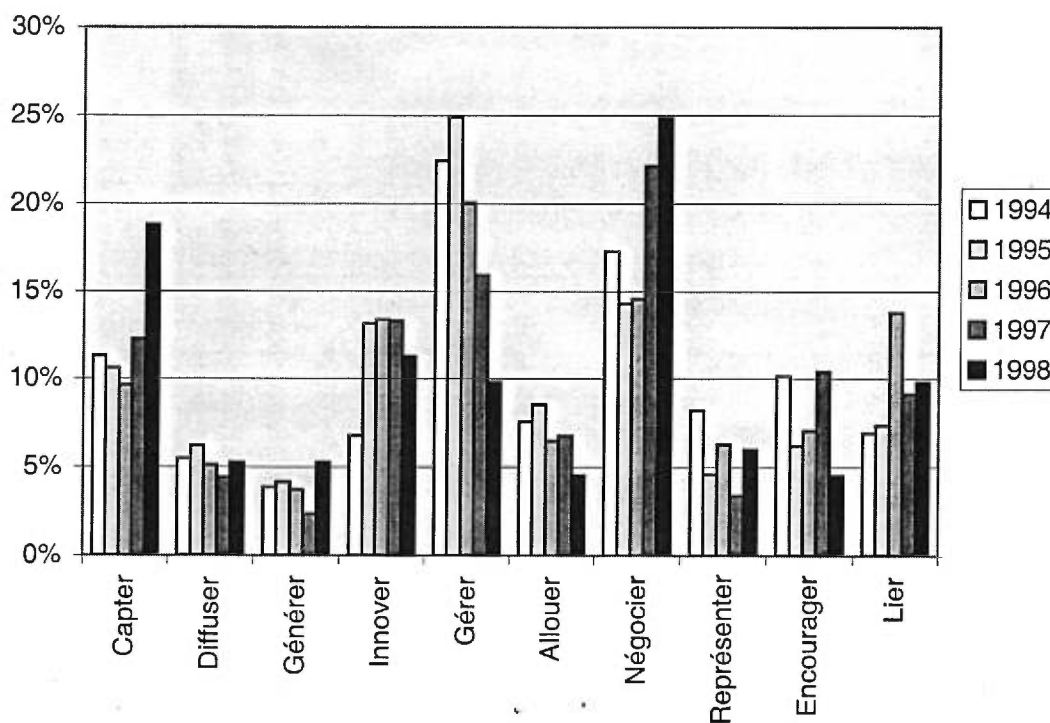
Peu de séances ont été consacrées à des aspects spécifiques de l'hôpital. Ce sont par exemple les transplantations d'organes, la prise en charge des patients chroniques, la prescription de médicaments, la prise en charge des personnes infectées par le virus d'immuno-

déficience humaine, des hospitalisations de jour, des hospitalisations à domicile et des aspects liés à la satisfaction des patients (plaintes, articles de presse, enquêtes).

L'analyse de l'évolution de la thématique institutionnelle montre une nette diminution des objets liés à la gestion des ressources dès 1996, qui paraît essentiellement déterminée par la fin du processus de recherche d'économie (programme OrCHidée). Hormis une discrète émergence des thèmes liés à la satisfaction des patients et du personnel, il est difficile d'affirmer que le SID ait contribué à modifier cette thématique.

Le classement des séances en fonction du rôle collectif des dirigeants (cf. tableau VII) montre cependant une évolution sensible (figure 21).

Figure 21. Evolution du rôle collectif des dirigeants (proportions des séances annuelles)



On observe par exemple une forte augmentation des activités de captation d'informations en 1997 et 1998, après une légère diminution en 1994 et 1995. Cette évolution est d'autant plus curieuse que l'essentiel des efforts d'économie ont été réalisés en 1994 et 1995 ; on peut donc raisonnablement penser qu'il s'agit d'un effet induit par le SID : les dirigeants ont pris plus de temps pour s'informer. Ce temps a été gagné sur les efforts de gestion quotidienne qui prenaient en moyenne plus du cinquième de leur temps en 1994 et 1995. On constate également une légère diminution du temps consacré à l'allocation des ressources ; là aussi, il

est probable que le SID ait permis de gagner un peu de temps. En outre, le temps imparti aux négociations s'est sensiblement accru, confirmant l'impression de dialogue accru mentionné par plusieurs dirigeants. Les autres rôles – diffuser et générer de l'information, innover, représenter – n'ont pas subi de modifications sensibles. La légère augmentation des activités de lien s'explique principalement par une volonté de mieux ancrer le CHUV dans son environnement (réseau hospitalier universitaire Vaud-Genève, réseau hospitalier vaudois, réseau médico-social) qui est indépendante du SID.

L'équipe de direction est restée stable entre 1993 et le milieu de l'année 1998, de même que le contexte économique et sanitaire entre 1996 et 1998. La seule variable susceptible de provoquer les modifications du rôle des dirigeants serait une plus grande aisance des dirigeants, puisque la plupart sont entrés en fonction en 1991. On voit cependant mal comment elle pourrait expliquer les inversions de tendance observées simultanément à l'implantation du SID.

## 5 SYNTHÈSE ET CONCLUSIONS

Une première condition de la recherche scientifique est l'existence d'un contraste suffisamment marqué entre la présence et l'absence du déterminant.

La situation *ex post* est bien marquée par l'exposition des dirigeants au SID : la grande majorité des dirigeants du CHUV l'ont utilisé. Seuls deux instruments n'ont touché qu'un nombre limité d'entre eux ; il s'agit de l'enquête de satisfaction des patients et de la planification des lits du CHUV. Quant à la situation *ex ante*, elle était vierge d'instruments, à l'exception du suivi des charges salariales et des autres charges. Finalement, quatre instruments remplissent clairement l'exigence de netteté du contraste :

- les tableaux de bord, notamment le suivi de la dotation en personnel infirmier (PRN) ;
- l'outil de budgétisation ;
- l'enquête de satisfaction du personnel ;
- l'allocation interne des ressources.

On pourrait imaginer que le temps oblitère la mémoire de la situation antérieure. La manière dont se sont déroulés les entretiens est plutôt rassurante à cet égard. Les dirigeants n'ont en effet jamais eu de peine à entrer dans le vif du sujet, lorsque je leur ai demandé : « Comment avez-vous vécu l'introduction des tableaux de bord et de suivi ? » ou « Quel a été l'impact de l'enquête de satisfaction du personnel ? ». La majorité d'entre eux se sont assez facilement plongés quatre ou cinq ans en arrière. Mais certains ont affirmé avoir eu quelque peine à mesurer le chemin accompli. Il est ainsi possible que les critiques liées à la situation présente soient hypertrophiées par rapport aux louanges. Mais il est peu probable que la nature des impacts soit bouleversée par le filtre du temps.

Une deuxième condition est liée à l'observation des résultats. Mon implication dans le développement du SID a constitué un atout pour accéder aux dirigeants du CHUV et pour comprendre les phénomènes observés. Elle pourrait cependant avoir entraîné des biais, notamment par une sélection des données ou une interprétation unilatérale des événements. Afin de minimiser ce risque, plusieurs précautions ont été prises : un échantillon de dirigeants a été tiré aléatoirement, l'indépendance des observations a été validée, la collecte a été orientée autant que possible vers la recherche de données objectives, des échelles de mesure ont été établies a priori avant de visualiser les résultats, les données ont été réduites sans possibilité de corrections a posteriori, les jugements de valeur ont été soumis à la validation

de personnes neutres et les propos des dirigeants ont été intégralement restitués, la validité statistique des résultats quantitatifs a été systématiquement documentée.

Une troisième condition est liée à l'absence de facteurs de confusion pouvant biaiser les résultats. Il est malheureusement impossible de réaliser une telle étude en simulant l'introduction d'un pseudo-SID et en aveuglant les utilisateurs. Plusieurs facteurs de confusion potentiels ont été documentés et pris en considération dans l'analyse ; il s'agit essentiellement de caractéristiques des dirigeants (attitude, implication, goût pour les technologies de l'information) et du contexte des projets (clarté des objectifs, compétences du chef de projet, organisation et méthodologie du projet, personnes ressources, implication des dirigeants). La plupart des dirigeants interrogés sont entrés en fonction à la fin de l'année 1991, ce qui limite les phénomènes liés à l'apprentissage. L'introduction du SID n'est pas le seul changement qui est intervenu durant la période d'observation, puisque plusieurs réformes ont été entreprises simultanément principalement la décentralisation des pouvoirs de décision et le programme d'économie. Les effets de ces variables contextuelles ont été discutés de manière à identifier l'effet spécifique du SID notamment pour s'assurer de l'antécédence de la cause sur l'effet.

Des réponses ont ainsi pu être apportées à toutes les questions de recherche. Elles sont résumées ci-dessous.

- Le SID a été utilisé régulièrement par plus de trois quarts des dirigeants. Ce fait est attesté par les statistiques de consultation des tableaux de bord et de suivi (Intranet et bulletins de commande de tableaux sur papier), par l'observation directe et par les entretiens conduits auprès d'un échantillon aléatoire de 23 dirigeants. Les autres instruments (budgétisation, allocation des ressources, satisfaction du personnel, satisfaction des patients notamment) ont également été utilisés. Les tableaux de bord et de suivi ont été d'autant plus utilisés que les dirigeants exercent des fonctions éloignées du terrain. C'est surtout le contenu informationnel (richesse des informations, niveaux d'analyse et de synthèse des informations fournies) des instruments qui a suscité ou non leur utilisation. L'absence de règles de gestion claires, fixant notamment les responsabilités de chacun, a pu constituer un frein à leur utilisation. Il semble qu'une mise à jour régulière des données ait été appréciées, mais qu'un cheminement trop compliqué des données ait pu contribuer à frustrer plus d'un dirigeant, notamment lorsqu'il s'agit de vérifier la fiabilité ou la validité des données élémentaires. Les biais liés à un manque d'exhaustivité

des données ont été mal ressentis par certains dirigeants en raison des fausses alertes qu'ils ont provoqué.

- Le SID a engendré un gain de perception auprès des dirigeants du CHUV, indépendamment du type d'instrument utilisé. Les dirigeants qui ont eu le plus recours aux tableaux de suivi en ont tiré les plus grands gains. Une majorité de dirigeants estime cependant ne pas avoir toujours disposé des instruments adéquats pour détecter les problèmes à temps. Un problème est lié à la difficulté de cerner la production hospitalière (hétérogénéité des groupes de patients), l'autre étant lié au besoin de vérifier les chiffres avant d'y croire. L'expérience a montré que cette prudence est justifiée, les facteurs pouvant fausser les indicateurs étant nombreux et parfois difficiles à maîtriser (modification de nomenclatures, changements de structure, retards dans la collecte des données, etc.). Sans l'assistance des administrateurs, il est probable que de nombreux dirigeants se seraient sentis perdus. Dans tous les cas, les dirigeants aiment confronter leurs sources d'information (observations directes, relations interpersonnelles, SID) pour asseoir leur perception.
- L'étude aboutit à des conclusions plus mitigées quant à l'impact du SID sur l'influence des dirigeants. Certes, il semble avoir contribué à garantir l'équilibre budgétaire et permis d'introduire une plus grande flexibilité budgétaire, mais les écarts constatés en matière de dotation en personnel infirmier sont allés en croissant et un plus grand degré de divagation budgétaire a été constaté. Plusieurs raisons expliquent cette absence d'effet à court terme : les solutions aux problèmes ne sont pas toujours facile à trouver, elles impliquent souvent de nombreux dirigeants et des pressions économiques ou institutionnelles relativement fortes pour aboutir à des changements. Aucune association significative n'a été mise en évidence entre la contribution du SID et le degré de réussite des projets.
- Si le SID n'a pas eu d'impacts importants sur le plan des décisions prises, il a stimulé le dialogue entre dirigeants de professions et de niveaux hiérarchiques différents. Par ailleurs, il paraît avoir contribué à renforcer le sentiment d'équité dans l'institution. Enfin, il a été l'un des véhicules d'un changement de la culture d'entreprise, notamment dans les domaines de la décentralisation des pouvoirs de décision, de la transparence et de la responsabilisation.
- L'étude du cas du CHUV n'a pas mis en évidence de modification notable des thèmes abordés dans les séances de direction. En revanche, il a probablement modifié sensible-

ment la nature de leur rôle en augmentant leur fonction de captation collective de l'information et de négociation, au détriment des tâches de gestion quotidienne et d'allocation des ressources qui auraient été partiellement automatisées par le SID.

L'analyse qualitative montre que l'essence de l'information n'est pas avant tout de renseigner les cadres. Elle est constitutive de la culture. Elle est langage ; elle met en scène des représentations.

*«Dès l'instant où l'on a franchi le Rubicon du langage, tous les objets sont infiltrés du sens dont nous les imprégnons.(...) Dès que l'on a parlé, toute chose insignifiante est devenue sensée.» (CYRULNIK, 1997<sup>202</sup>)*

Les impacts en terme de décisions semblent négligeables. Le SID a surtout servi à véhiculer de nouvelles idées, à ancrer technocratiquement une nouvelle doctrine. Les principaux impacts relatés par les dirigeants touchent en effet à la culture d'entreprise, au dialogue, à l'équité, à l'intelligibilité et aux règles de gestion.

*«Ce qui importe, en effet, ce n'est pas qu'on nous affirme que les sujets humains ont des intérêts ou des préférences, ce dont personne ne doute, mais qu'on nous dise en quoi consistent ces intérêts et préférences dans telle période historique ou dans telle situation sociale, et comment ils s'articulent à l'exigence de désintéressement énoncée avec force par toutes les morales et toutes les religions.» (CAILLÉ, 1995<sup>203</sup>)*

La qualité de cet ancrage est également importante : beaucoup de remarques sont liées à la qualité des instruments fournis (pertinence et validité des données notamment). Il est important que chacun y trouve ses repères pour se pénétrer de l'apparence des faits (RORTY, 1995<sup>204</sup>) ; la connaissance de la réalité ne devient utile que si elle est partagée. Dans cette perspective, ce n'est pas l'asymétrie informationnelle qui donne du pouvoir aux dirigeants.

*«Dans les organisations modernes, l'information a valeur de symbole en ce sens qu'elle laisse à penser que celui ou celle qui la possède est une personne compétente.» (DÉRY, 1995<sup>205</sup>)*

S'inscrivant en faux par rapport à cette affirmation, un haut dirigeant du CHUV a constaté ne pas avoir eu besoin du SID pour exercer son pouvoir : « Le dirigeant est forcément au courant de l'essentiel ; tout passe par lui, il dispose des ressources ». «L'information, c'est



l'instrument du contre-pouvoir, elle est là pour empêcher ceux qui ont le pouvoir d'en abuser.»

On notera également que l'implantation du SID a été perçue par certains comme génératrice de désordre. De plus, elle ne s'est pas insérée d'emblée dans les rituels de l'entreprise en raison de l'irrégularité des dates de mise à jour. De tels changements infligent des ajustements, des souffrances ; l'implantation d'un SID ne saurait être aveugle. Plusieurs dirigeants ont insisté sur la nécessité d'être en phase avec ce que chacun peut entendre.

*«C'est d'abord aux applications de la science, aux techniques qu'il est demandé d'être génératrices d'ordre progressif et de devenir auto-correctrices de leurs propres effets pervers.»  
(BALANDIER, 1988<sup>206</sup>)*

Le SID semble avoir renforcé la capacité de perception, mais peu ou prou la capacité d'influence. Les propos relatifs à l'enquête de satisfaction du personnel le montrent : seule une imprégnation suffisamment longue est susceptible de modifier les cadres mentaux.

*«Les conditions sous lesquelles un énoncé constitue une information pour quelqu'un dépendent essentiellement de ce que ce quelqu'un est déjà. Toute information (...) présuppose une forte structuration subjective.» (CASTORLADIS, 1997<sup>207</sup>)*

La présente thèse s'ouvrait sur l'inquiétude de voir les technologies de l'information enfermer l'homme et déshumaniser les entreprises. L'exemple de la dotation en personnel infirmier au CHUV montre que les dirigeants ne laissent pas facilement leurs prérogatives aux machines. Le SID a surtout été utilisé par les dirigeants qui sont le moins en contact avec le terrain, palliant ainsi un déficit sensoriel. Par ailleurs, il paraît avoir déchargé les dirigeants de tâches de gestion ingrates pour privilégier le dialogue. Enfin, il a contribué au sentiment d'équité en améliorant la transparence des faits, empêchant ainsi les dérives d'une direction trop omnipotente. De ce point de vue, le bilan paraît très positif.

Ce jugement doit cependant être tempéré, notamment en raison de l'absence d'un impact marqué du SID sur l'influence. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce phénomène. Pour des raisons diverses, les problèmes ou les écarts constatés n'ont souvent pas donné lieu à des mesures correctives. Pour une part, il peut s'agir d'une inertie des dirigeants, mais le SID peut également être mis en cause. Ainsi, l'instrument de budgétisation ne comprenait pas de module permettant de remettre en question les enveloppes budgétaires historiques ; de même,

les tarifs du marché interne sont restés trop faibles pour créer de réels incitatifs économiques. Enfin, les dirigeants n'ont pas toujours trouvé l'information dont ils avaient besoin.

Ces observations concernent le cas du CHUV et n'ont donc pas forcément une portée universelle. On a notamment vu que le SID du CHUV n'a pu déployer ses effets qu'en étant très étroitement associé à la culture d'entreprise. L'appui des administrateurs et la capacité de clarifier les rôles de chacun ont ainsi été des facteurs de succès au CHUV. Il n'est pas sûr que le même SID produise les mêmes impacts dans un autre hôpital.

Un autre point mérite d'être mis en évidence : les SID sont encore une technologie jeune. Le contrôle de qualité lié à l'implantation du SID a indiqué que si les incidents graves ont finalement été peu nombreux, ce n'est pas le cas des incidents mineurs qui représentent cependant des risques de dérapage importants. L'exaspération de quelques chefs de service, liée au manque d'exhaustivité des relevés médicaux, est là pour rappeler que des problèmes techniques peuvent considérablement modifier la perception des utilisateurs. Il est donc impératif que ce point soit bien documenté si d'autres études comparables sont entreprises.

Les implications de ces observations sont importantes tant pour la recherche que pour le développement de SID en milieu hospitalier.

En premier lieu, il serait intéressant d'entreprendre d'autres études comparables pour s'assurer que les conclusions puissent être étendues à d'autres types d'entreprise. De telles études devraient être fondées autant que possible sur des données disponibles de routine, de manière à permettre un suivi de longue durée notamment pour connaître les effets à long terme sur l'influence des dirigeants. Le cas du CHUV est particulier pour trois raisons au moins : un contexte de restriction économique, une grande autonomie de gestion, une forte intégration des médecins dans l'organisation de l'hôpital. On peut se demander si les impacts auraient été les mêmes dans un contexte différent. Comment auraient réagi les médecins s'ils n'étaient pas salariés par l'hôpital ? Aurait-on observé le même gain de perception si le SID était plus orienté sur l'utilité et l'efficacité des prestations médicales ? L'efficacité du SID semble dépendre de l'éloignement des dirigeants du terrain ; les impacts auraient-ils été différents dans un petit hôpital ? A l'évidence, la présente étude ne fournit pas de réponses à ces questions. Une majorité de dirigeants attendaient un plus grand soutien de la part du SID ; des progrès peuvent donc être entrevus, qui modifieront peut-être les impacts. D'autres recherches sont donc nécessaires pour se prononcer avec plus de sécurité sur les effets bénéfiques et délétères des SID hospitaliers notamment à long terme.

En second lieu, la présente étude permet d'énoncer plusieurs recommandations pratiques à l'intention des personnes qui envisagent de développer des SID.

- Il est essentiel de s'assurer que les données disponibles soient fiables et suffisamment exhaustives pour élaborer des indicateurs précis et valides. Un SID construit sur des données trop partielles paraît voué à l'échec.
- L'instabilité des paramètres qui régissent un hôpital (structure, nomenclatures, etc.) et la complexité du cheminement de l'information génèrent des risques d'erreur non négligeables. Les techniques d'entreposage des données doivent être bien maîtrisées avant de mettre l'information à disposition, de manière à assurer une validation systématique et rapide des données.
- Les nomenclatures et les typologies doivent être unifiées de manière à constituer un langage commun, mais des techniques de navigation doivent être mises à disposition des dirigeants pour qu'ils puissent moduler eux-même le niveau d'analyse et de synthèse de l'information.
- L'étude du cas du CHUV a mis en évidence des liens très importants entre le SID et la culture d'entreprise. Elle a aussi montré qu'il n'était pas forcément nécessaire de consulter tous les dirigeants pour concevoir le SID, mais qu'il est très important que l'instrument « colle » aux règles de gestion en vigueur. Souvent, son implantation exige une clarification des règles qui va au-delà de ce qui est souhaité par les dirigeants. Il convient dès lors de s'assurer de l'appui de la direction au plus haut niveau pour procéder aux inévitables arbitrages pour une période d'environ un an et demi à deux ans.

## 6 BIBLIOGRAPHIE

- 
- <sup>1</sup> Meadows DH, Meadows DI, Randers J, Behrens W. The limits to growth. New York : Universe Books, 1972.
  - <sup>2</sup> Rifkin J, Heilbroner RL. La fin du travail. Paris : La découverte, 1996.
  - <sup>3</sup> Taylor C. Le malaise de la modernité. Paris : Cerf, 1994.
  - <sup>4</sup> Chanlat A, Dufour M (ed). La rupture entre l'entreprise et les hommes. Le point de vue des sciences de la vie. Montréal : Québec/Amérique, 1985.
  - <sup>5</sup> Blanché R. L'induction scientifique et les lois naturelles. Paris : Presses universitaires de France, 1975.
  - <sup>6</sup> Petit Robert. Dictionnaire de la langue française. Paris : Le Robert, 1977.
  - <sup>7</sup> Foucault M. La volonté de savoir. Paris : Gallimard, 1976.
  - <sup>8</sup> Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système. Paris : Seuil, 1977.
  - <sup>9</sup> Galbraith JK. Le nouvel état industriel : essai sur le système économique américain. Paris : Gallimard, 1968
  - <sup>10</sup> Boutat A. Technologies et développement au Cameroun. Le rendez-vous manqué. Paris : L'Harmattan, 1991.
  - <sup>11</sup> Sprague RH Jr, Carlson ED. Building effective decision support systems. Englewood Cliffs : Prentice-Hall, 1982.
  - <sup>12</sup> MacCrimmon KR, Taylor RN. Decision making and problem solving, in Dunnette MD (ed). Handbook of industrial and organizational psychology. Chicago : Rand Mc Nally, 1976.
  - <sup>13</sup> Jenicek M, Cléroux R. Epidémiologie clinique. Clinimétrie. Paris : Maloine, 1985.
  - <sup>14</sup> Warner DM, Holloway DC, Grazier KL. Decision making and control for health administration. Ann Harbor : Health administration Press, 1984.
  - <sup>15</sup> Chin D, Rao S. Group decision support systems : some political implications, in Pinsonneault A (ed). Montréal : Actes du congrès de l'ASAC, 1992.
  - <sup>16</sup> Desanctis G, Gallupe B. Group decision support systems : a new frontier, in Sprague RH, Carlson HJ. Decision support systems : putting theory into practice. London : Prentice-Hall, 1982.
  - <sup>17</sup> Desanctis G, Gallupe B. A foundation for the study of group decision support systems. Management Science 1987;33:589-609.

- 
- <sup>18</sup> Poole MS, Holmes M, Desanctis G. Conflict management in a computer-supported meeting environment. *Management Science* 1991;926-953.
- <sup>19</sup> Connolly T, Jessup L, Valacich J. Effects of anonymity and evaluative tone on idea generation in computer-mediated groups. *Management Science* 1990:689-703.
- <sup>20</sup> Dennis AR, George JF, Jessup LM, Nunamaker JF, Vogel DR. Information technology to support electronic meetings. *Management information systems quarterly* 1988;12:591-623.
- <sup>21</sup> Carlson CL. *Computer supported meetings*. Minnesota : MIS Research Center, 1989.
- <sup>22</sup> Kraemer KL, King JL. Computer-based systems for cooperative work and group decision making. *ACM computing surveys* 1988;20:115-146.
- <sup>23</sup> Nunamaker J, Vogel D, Heminger A, Martz B, Grohowski R, McGoff C. Experiences at IBM with group support systems : a field study. *Decision support systems* 1989;5:183-186.
- <sup>24</sup> Schlaifer R. *Probability and statistics of business decisions*. New York: McGraw-Hill, 1959.
- <sup>25</sup> Bayes T. Essay toward solving a problem in the doctrine of chances. *Philosophical transactions*, 1763;53:370-418.
- <sup>26</sup> Posner MI. Immediate memory in sequential task. *Psychological bulletin*, 1963;60:333-349.
- <sup>27</sup> Marschak J. Actual versus consistent decision behavior. *Behavioral science*, 1964;9:103-110.
- <sup>28</sup> Bruner JS, Goodnow JJ, Austin GA. *Study of thinking*. New York: Wiley, 1956.
- <sup>29</sup> Siegel S, Fouraker LE. *Bargaining and group decision making: experiments in bilateral monopoly*. New York: McGraw-Hill, 1960.
- <sup>30</sup> Messik DM, McClintock CG. Motivation bases of choice in experimental games. *Journal of experimental psychology* 1968;4(1):1-24.
- <sup>31</sup> Attneave F. *Applications of information theory to psychology*. New York : Holt, Rinehart and Winston, 1959.
- <sup>32</sup> Garner WR. *Uncertainty and structure as psychological concepts*. New York : Wiley, 1962.
- <sup>33</sup> Bodily SE. *Modern decision making. A guide to modeling with decision support systems*. New York : McGraw-Hill, 1985.
- <sup>34</sup> Von Bertalanffy L. *Théorie générale des systèmes*. Paris: Dunod, 1973.

- 
- <sup>35</sup> Simon HA. *The sciences of the artificial*. Cambridge: MIT Press, 1969.
- <sup>36</sup> von Neumann J, Morgenstern O. *Theory of games and economic behavior*. Princeton : Princeton University Press, 1944.
- <sup>37</sup> Hertz DB. Risk analysis in capital investment. *Harvard Business Review* 1964;42:95.
- <sup>38</sup> Osborn AF. *Applied imagination : principles and procedures of creative thinking*. New York : Scribner's,1941.
- <sup>39</sup> Gordon WJ. *Synectics*. New York: Harper and Row, 1961.
- <sup>40</sup> Prince GM. the operational mechanism of synectics. *The Journal of Creative Behavior* 1968;2:1-13.
- <sup>41</sup> Zwicky F. *Discovery, invention, research through the morphological approach*. New York: Macmillan, 1969.
- <sup>42</sup> Crovitz HF. *Galton's walk*. New York : Harper and Row, 1970.
- <sup>43</sup> Sloik P, Lichtenstein SC. Comparison of Bayesian and regression approaches to the study of information processing in judgment. *Organizational Behavior and Human Performance* 1971;6:649-749.
- <sup>44</sup> Sherif M. *Group conflict and cooperation*. Boston : Houghton Mifflin, 1966.
- <sup>45</sup> Rokeach M. *The open and closed mind*. New York : Basic Books, 1960.
- <sup>46</sup> Barnard CI. *The functions of the executive*. Cambridge : Harvard University Press, 1938.
- <sup>47</sup> Woods DH. Improving estimates that involve uncertainty. *Harvard Business Review* 1966;44:91-98.
- <sup>48</sup> Cyert RM, March JG. *A behavioral theory of the firm*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall, 1963.
- <sup>49</sup> Braybrooke D, Lindblom CE. *A strategy of decision*. New York : The Free Press, 1963.
- <sup>50</sup> Komorita SS, Brenner AR. Bargaining and concession making under bilateral monopoly. *Journal of personality and social psychology* .1968;9:15-20.
- <sup>51</sup> Ackoff RL. *A concept of corporate planning*. New York : Wiley, 1970.
- <sup>52</sup> Kepner CH, Tregoe BB. *The rational manager*. New York : McGraw-Hill, 1965.
- <sup>53</sup> Howard RA. Proximal decision analysis. *Management Science* 1971;17:507-541.
- <sup>54</sup> Luce RD, Raiffa H. *Games and decisions*. New York : Wiley, 1957.
- <sup>55</sup> Gamson WA. A theory of coalition formation. *American sociological review* 1961;26:373-382.
- <sup>56</sup> Lindblom CE. *The intelligence of democracy:decision making through mutual adjustment*. New York: The Free Press, 1965.

- 
- <sup>57</sup> Shaw ME. Some effects of problem complexity upon problem solution efficiency in different communication nets. *Journal of Experimental Psychology* 1954;48:211-217.
- <sup>58</sup> Vroom VH. Some personality determinants of the effects of participation. Englewood Cliffs : Prentice-Hall, 1960.
- <sup>59</sup> Dalkey N, Helmer O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Management Science* 1963;9:458-467.
- <sup>60</sup> Siegel S, Fouraker LE. Bargaining and group decision making: experiments in bilateral monopoly. New York : McGraw-Hill, 1960.
- <sup>61</sup> Insko C, Arkoff A, Insko V. Effects of high and low fear-arousing communications upon opinions toward smoking. *Journal of experimental social psychology* 1965;1:256-266.
- <sup>62</sup> Sauer mann H. Contributions to experimental economics. Mohr et Siebeck, 1972.
- <sup>63</sup> Shaw ME. Some factors influencing the use of information in groups. *Psychological reports* 1961;8:187-198.
- <sup>64</sup> Buchanan JM, Tullock G. The calculus of consent. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1962.
- <sup>65</sup> Walls JG, Widmeyer GR, El Sawy OA. Building an information system design theory for vigilant EIS. *Information system research* 1992;3(1):36-59.
- <sup>66</sup> Todd P, Gallupe B, McKeen J. Closing the gap : designing decision support systems from elementary information processes. Niagara Falls : Actes du congrès de l'ASAC, 1991.
- <sup>67</sup> Watson HJ, Rainer RK, Koh CE. Executive information systems : a framework for development and a survey of current practices. *MIS Quarterly* 1991;3:12-30
- <sup>68</sup> Wetherbe JC. Executive information requirements : getting it right. *MIS Quarterly* 1991;3:51-65.
- <sup>69</sup> Vandenbosch B, Higgins C. Information acquisition and mental models: an investigation on the relationship between behaviour and learning. *Information systems research* 1996;7(2):199-214.
- <sup>70</sup> Piaget J. The construction of reality in the child. New York, Basic Books, 1954.
- <sup>71</sup> Malone TW, Rockart JF. Computers, networks and the Corporation. *Scientific American* 1991;265(3):128-136.
- <sup>72</sup> Applegate LM. In search of a new organizational model : lessons from the field, in : De-Sanctis G and Fulk J. (Eds). *Communication technology and organizational forms*. Berkeley (CA): Sage, 1996.

- 
- <sup>73</sup> Begur SV, Miller DM, Weaver JR. An integrated spatial decision support system for scheduling and routining home-health-care nurses. *Interfaces* 1997;27(4):35-48.
- <sup>74</sup> Weill P. The relationship between investment and information technology and firm performance : a study of the valve manufacturing sector. *Information Systems Research* 1992;3-4:307-333.
- <sup>75</sup> Cascio WF. Downsizing: what do we know ? What have we learned ? *Academy of Management Executive* 1993;7(1):95-104.
- <sup>76</sup> Robey D, Sahay S. Transforming work through information technology : a comparative case study of geographic systems in country government. *Information Systems Research* 1996;7(1):93-110.
- <sup>77</sup> Quinn JB, Baily N. Information technology : increasing productivity in services. *Academy of Management Executive* 1994;8(3):28-47.
- <sup>78</sup> Woolbridge B, Floyd SW. The strategy process, middle management involvement and organizational performance. *Strategic Management Journal* 1990;11:231-241.
- <sup>79</sup> Euske NA, Roberts KH. Evolving perspective in organization theory: communication implications, in : Jablin FM, Putnam LL, Roberts KH, Porter LW (eds). *Handbook of organizational communication : an interdisciplinary perspective*. London: Sage, 1987.
- <sup>80</sup> Hirschheim R, Klein HK, Lyytinen K. Exploring the intellectual structures of information systems development : a social action theoretic analysis. *Accounting, Management and Information Technologies* 1996;6(1):1-64.
- <sup>81</sup> Barley SR. Technology as an occasion for structuring : evidence from observations of CT scanners and the social order of radiology departments. *Administrative Science Quarterly* 1986;31:78-108.
- <sup>82</sup> Markus ML, Robey D. Information technology and organizational change: causal structure in theory and research. *Management Science* 1988;34(5):583-598.
- <sup>83</sup> Pinsonneault A, Kraemer KL. Middle management downsizing : an empirical investigation of the impact of information technology. *Management Science* 1997;43(5):659-679.
- <sup>84</sup> Panko RR. Is office productivity stagnant ? *MIS Quarterly* 1991;15(2) :191-203.
- <sup>85</sup> Bergeron F, Raymond L, Rivard S, Gara MF. Understanding EIS user : an empirical test of a behavioral model. Montréal : Cahier du Gresi, 1991.
- <sup>86</sup> Vanderbosch B, Higgins C. Executive information systems : a comparison to more traditional information channels, in Pinsonneault A (ed). Montréal: Ecole des HEC (Actes du congrès de l'ASAC), 1992.



- 
- <sup>87</sup> Pinsonneault A, Rivard S. Information technology and the nature of managerial work : from the productivity paradox to the Icarus paradox ? *Management Information Systems Quarterly* 1998;22(3):287-311.
- <sup>88</sup> Karahanna E, Straub DW, Chervany NL. Information technology adoption across time: a cross-sectional comparison of pre-adaptation and post-adaptation beliefs. *Management Information Systems* 1999;23(2):183-213.
- <sup>89</sup> Ackoff RL. Management misinformation systems. *Management Science* 1967;14(4):B147-B156.
- <sup>90</sup> Oglesby DK. Ethics and hospital administration. *Hospital and health services administration* 1985 ;september-october:29.
- <sup>91</sup> Bourgeault G. Depuis le serment d'Hippocrate ... des codes, des modèles, des repères. *Cahiers de recherche éthique* 1989;13:43-63.
- <sup>92</sup> Winter SJ, Taylor SL. The role of information technology in the transformation of work: a comparison of post-industrial and proto-industrial organization. *Information Systems Research* 1996;7:5-21.
- <sup>93</sup> Smith MR, Marx L (eds). Does technology drive history ? The dilemma of technological determinism. Cambridge (MA): The MIT Press, 1994.
- <sup>94</sup> Mintzberg H. The nature of managerial work. New York: Harper and Row, 1973.
- <sup>95</sup> Kurke LB, Aldrich HE. Mintzberg was right ! A replication and extension of the nature of managerial work. *Management Science* 1983; 29(8):975-984.
- <sup>96</sup> Cats-Baril WL, Huber GP. Decision support systems for ill-structured problems : an empirical study, in Cats-Baril WL, Huber G. *Decision science* 1987;18:350-372.
- <sup>97</sup> Bjorn-Anderson N, Pederson PH. Computer facilitated changes in the managerial power structure. *Accounting, Organizations and Society* 1980;5(2):203-216.
- <sup>98</sup> Mintzberg H. Le pouvoir dans les organisations. Montréal : Agence d'Arc, 1986.
- <sup>99</sup> Gabarro JJ. The dynamics of taking charge. Boston: Harvard University Press, 1987.
- <sup>100</sup> Kotter JP. What effective general managers really do. *Harvard Business Review* 1982;60(6):156-167.
- <sup>101</sup> Miller D. The Icarus paradox : how exceptional companies bring about their own downfall. New York: Harper Collins, 1990.
- <sup>102</sup> Miller D, Chen MJ. The simplicity of strategic repertoires: an empirical analysis. *Strategic Management Journal* 1996;17(16):419-439.

- <sup>103</sup> Kleiber C. Questions de soins : essai sur l'incitation économique à la performance dans les services de soins. Lausanne : Payot, 1992.
- <sup>104</sup> Association des hôpitaux du Québec. Le financement des services de santé et des services sociaux: vers un nouvel équilibre basé sur les résultats et les coûts des programmes. Montréal : AHQ, 1991.
- <sup>105</sup> Gosselin R. Probing into task interdependencies : the case of physicians in a teaching hospital. *Journal of management studies* 1985;22:466-497.
- <sup>106</sup> Shortell SM, Morrison EM, Fiedman B. Strategic choices for America's hospitals. San Francisco: Jossey-Bass, 1990.
- <sup>107</sup> Bettner M, Collins F. Physicians and administrators: inducing collaboration. *Hospital and health services administration* 1987;5:151-160.
- <sup>108</sup> Ouksel AM, Mihavics K, Chalos P. Accounting information systems and organization learning: a simulation. *Accounting, management and information technologies* 1997;7(1):1-19.
- <sup>109</sup> Mintzberg H. Structure et dynamique des organisations. Paris : Les éditions d'organisation, 1982.
- <sup>110</sup> Beneviste G. Professionalizing the organization. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
- <sup>111</sup> Denis JL, Langley A, Cazale L. Peut-on transformer les anarchies organisées ? Leadership et changement radical dans un hôpital. *Ruptures* 1995;2(2) :165-189.
- <sup>112</sup> Wiersema MF. Strategic consequences of executive succession within diversified firms. *Journal of management studies* 1992;29(1):73-94.
- <sup>113</sup> Navahandi A, Malekzadeh AR. Leader style in strategy and organizational performance : an integrative framework. *Journal of management studies* 1993;30(3):405-425.
- <sup>114</sup> Demers C. Le changement radical vu de l'intérieur: la diffusion stratégique dans les organisations complexes. *Gestion* 1991 ;16(2) :22-31.
- <sup>115</sup> Taylor FW. Principles of scientific management. New York: Harper, 1911.
- <sup>116</sup> Fayol H. General and industrial management. New York: Pitman, 1949.
- <sup>117</sup> Weber M. The theory of social and economic organization. New York: Free Press, 1947.
- <sup>118</sup> Mayo E. The social problems of industrial civilization. New York: Viking, 1960.
- <sup>119</sup> Roethlisberger FJ, Dickson WJ. Management and the worker. Cambridge (MA), Harvard university press, 1939.
- <sup>120</sup> Schein EH. Organizational psychology. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall, 1970.
- <sup>121</sup> McGregor D. The human side of enterprise. New York: McGraw-Hill, 1960.

- <sup>122</sup> Likert R. *The human organization*. New York: McGraw-Hill, 1967.
- <sup>123</sup> Simon HA. *Administrative behavior*. New York: Free Press, 1945.
- <sup>124</sup> Yuchtman E, Seashore SE. A system resource approach to organization effectiveness. *American sociological review* 1967;32:891-903.
- <sup>125</sup> Benson JK. The interorganizational network as a political economy. *Administrative Science Quarterly* 1975;20:229-249.
- <sup>126</sup> Direction des Hospices cantonaux. *Contrat de prestations 1998*. Lausanne: Hospices cantonaux, 1999.
- <sup>127</sup> Jolly D (ed). *L'hôpital au XXIe siècle*. Paris : Economica, 1988.
- <sup>128</sup> Hansen MT, Nohria N, Tierney T. What's your strategy for managing knowledge ? *Harvard Business Review* 1999;2:106-116.
- <sup>129</sup> Gunawardane G. Implementing a management information system in an extremely dynamic (and somewhat hostile) environment – a case study. *Interfaces* 1985;15(6):93-99.
- <sup>130</sup> Sicotte C. *L'interdépendance de la pratique médicale hospitalière et ses effets sur l'utilisation des services diagnostiques* (thèse). Montréal, Université de Montréal, 1989.
- <sup>131</sup> Alain. *Les passions et la sagesse*. Paris : Gallimard, 1949.
- <sup>132</sup> Berger R. Le virtuel jubilatoire, assumption ou dissolution de la complexité ?, in *Le nouveau Golem : modèles de la complexité*. Lausanne : Iderive, 1992.
- <sup>133</sup> Spitz R. *De la naissance à la parole*. Paris : Presses universitaires de France, 1976.
- <sup>134</sup> Kant E. *Anthropologie du point de vue pragmatique*. Paris : Flammarion, 1993
- <sup>135</sup> Gusdorf G. *Introduction aux sciences humaines. Essai critique sur leurs origines et leur développement*. Paris : Ophrys, 1974.
- <sup>136</sup> Merleau-Ponty M. *Sens et non-sens*. Paris : Nagel, 1948
- <sup>137</sup> Laing R. *Soi et les autres*. Paris : Gallimard 1971.
- <sup>138</sup> Braudel F. *Ecrits sur l'histoire*. Paris : Flammarion 1977.
- <sup>139</sup> Comte A. *Cours de philosophie positive*. Paris : Schleicher, 1907.
- <sup>140</sup> Jacob F. *Le jeu des possibles*. Paris : Fayard, 1982
- <sup>141</sup> Hill AB. The environment and disease : association or causation ? *Proc Roy Soc Med* 1965;58:295-300.
- <sup>142</sup> Susser M. *Causal thinking in the health sciences. Concepts and strategies of epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1973.
- <sup>143</sup> Rothman KJ. Causes. *Am J Epidemiol* 1976 ;104 :587-592.

- <sup>144</sup> Blumer H. Symbolic interactionism :perspective and method. Englewood Cliffs : Prentice Hall, 1969.
- <sup>145</sup> Gusdorf G. Les modèles épistémologiques dans les sciences humaines. Bulletin de psychologie 1990 ;43(397):866.
- <sup>146</sup> Copi IM, Cohen C. Introduction to logic. New York: Macmillan, 1990.
- <sup>147</sup> Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal, 1990.
- <sup>148</sup> Yin RK. Case study research. Design and methods. London: Sage, 1994.
- <sup>149</sup> Patton R. How to use qualitative methods in evaluation. Newbury Park (CA): Sage, 1987.
- <sup>150</sup> Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques. London: Sage, 1990.
- <sup>151</sup> Lewin K. Frontiers in group dynamics. Human Relations 1947;1(1):5-41.
- <sup>152</sup> Schein E. The clinical perspective in field work. Beverly Hills: Sage, 1987.
- <sup>153</sup> Benbesat I, Goldstein DK, Mead M. The case research strategy in studies of information systems. MIS Quarterly 1987;11(3):368-386.
- <sup>154</sup> Baskerville R, Pries-Heje J. Grounded action research : a method for understanding information technologies in practice. Accounting, Management and Information Technologies 1999;9(1):1-23.
- <sup>155</sup> Wolcott HF. Writing up qualitative research. London: Sage, 1990.
- <sup>156</sup> Taylor S, Bogdan L. Introduction to qualitative research methods : the search of meaning. New York :Wiley, 1984.
- <sup>157</sup> Blanchet A, Ghiglione R. Les techniques d'enquête en sciences sociales. Paris : Dunod, 1987.
- <sup>158</sup> Denzin N, Lincoln Y. Handbook of qualitative research. Beverly Hills, Sage, 1994.
- <sup>159</sup> Latour B. Des sujets récalcitrants. Comment les sciences humaines peuvent-elles devenir enfin «dures» ? La Recherche 1997;301(9) :88.
- <sup>160</sup> Koopman JS. Causal models and sources of interaction. Am J Epidemiol 1977;106:439-444.
- <sup>161</sup> Miettinen OS. Causal and preventive interdependance. Elementary principles. Scand J Work Environ Health 1982;8:159-168.
- <sup>162</sup> Miettinen OS. Theoretical epidemiology. Principles of occurrence research in medicine. Albany (NY) : Delmar, 1985.

- <sup>163</sup> Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974;2: 1127-1131.
- <sup>164</sup> Hospices cantonaux. Contrat de prestations. Lausanne : Hospices cantonaux (non publié), 1997.
- <sup>165</sup> Rockart JF, De Long D. Executive support systems : the emergence of top management computer use. *Dow Jones-Irwin* 1987:212-232.
- <sup>166</sup> Dagnelie P. Théorie et méthodes statistiques. Gembloux (Belgique), Les Presses agronomiques, 1975.
- <sup>167</sup> Neter J, Wasserman W, Kutner MH. Applied linear regression models. Boston: Irwin, 1989.
- <sup>168</sup> Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley, 1989.
- <sup>169</sup> Stata Corporation. Stata statistical software : release 6.0. College Station (Texas): Stata Corporation, 1999.
- <sup>170</sup> Rothman KJ. Occam's razor pares the choice among statistical models. *Am J Epidemiol* 1978;108:367-372.
- <sup>171</sup> Miettinen O. Confounding and effect-modification. *Am J Epidemiol* 1974;100:350-353.
- <sup>172</sup> Pedhazur EJ : Multiple regression in behavioral research. New York: Holt, Rinehard and Winston, 1982.
- <sup>173</sup> Rothman KJ. Modern epidemiology. Boston : Little, Brown and Co., 1986.
- <sup>174</sup> Cook TD, Lomax Cook F, Mark MM: Modèles expérimentaux et quasi-expérimentaux en recherche évaluative : une introduction, in Leconte R. et Rutman L (eds). Introduction aux méthodes de la recherche évaluative, Québec PUL, 1982:105-142.7
- <sup>175</sup> Miettinen OS. Notes de cours (Principles of applied research in health fields). Montréal, non publié, 1993.
- <sup>176</sup> Cook TD, Campbell DT. Quasi-experimentation : design and analysis issues for field settings. Boston : Houghton Mifflin, 1979.
- <sup>177</sup> Eggli Y, Yalcin T, Basterrechea L. Le système d'information dirigeant des Hospices : conception générale. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997.
- <sup>178</sup> Eggli Y, Basterrechea L, Beroud C, Halfon P, Nguyen N, Perret A, Seker E, Yalcin T. Tableaux de bord et de suivi : conception détaillée. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997.
- <sup>179</sup> Beroud C, Eggli Y, Lorenzini M, Perret A. Satisfaction du personnel des Hospices en 1996. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998.
- <sup>180</sup> Beroud C, Eggli Y, Lorenzini M, Perret A. Satisfaction des patients du CHUV en 1996 et 1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998.

- <sup>181</sup> Nguyen N, Eggli Y, Ruchet T, Schenker L. Préviation budgétaire : instructions, méthode et manuel d'utilisation. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998.
- <sup>182</sup> Eggli Y, Schenker L, Yalcin T, Seker E, Rossier Y, Koch JD, Thorin D, Deschamps E, Pannatier A. Allocation des ressources au sein du CHUV. Lausanne : Hospices cantonaux (non publié), 1998.
- <sup>183</sup> Moore JC, Rao HR, Whinston A, Nam K, Raghu TS. Information acquisition policies for resource allocation among multiple agents. *Information systems research* 1997;8(2):151-170.
- <sup>184</sup> Christen F, Eggli Y, Nicod P. Revue des hospitalisations du service de médecine interne B du CHUV. Lausanne : Hospices cantonaux, 1995.
- <sup>185</sup> Reutter E, Garin C, Basterrechea L, Livio JJ. Revue des hospitalisations du service d'orthopédie du CHUV et de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande. Lausanne : Hospices cantonaux, 1995.
- <sup>186</sup> Castillo V, Halfon P, Eggli Y, Genoud P, Bogouslavsky J. Revue des hospitalisations du service de neurologie du CHUV en 1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998.
- <sup>187</sup> Hascoet C, Halfon P, Eggli Y, Genoud P, Hauri S, Gillet M. Revue des hospitalisations du service de chirurgie générale du CHUV. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998.
- <sup>188</sup> Yalcin T, Seker E, Beroud C, Eggli Y. Planification des lits du CHUV : projections 1994-2005. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997.
- <sup>189</sup> Brandt E, Renneboog HS. Audit opérationnel 1997. Revue des comptes de profits et pertes des unités de base des Hospices cantonaux. Lausanne : Arthur Anderson (non publié), 1998.
- <sup>190</sup> Rivard S, Talbot J. Le développement de systèmes d'information. Méthode et outils. Québec, Presses de l'Université du Québec, 1992.
- <sup>191</sup> Kasper GM. A theory of decision support system design for user calibration. *Information Systems Research* 1996;7:215-232.
- <sup>192</sup> Sharda R, Steiger DM. Inductive model analysis systems : enhancing model analysis in decision support systems. *Information Systems Research* 1996;7:328-341.
- <sup>193</sup> Laramée A. La communication dans les organisations. Une introduction théorique et pragmatique. Sainte-Foy (Québec) : Télé-université, 1998.
- <sup>194</sup> Weil E. Philosophie et réalité. Paris, Plon, 1971.
- <sup>195</sup> Ruyer R. Paradoxes de la conscience et limites de l'automatisme. Paris : Albin Michel, 1966.

- 
- <sup>196</sup> Shapiro EG. Effect of expectations of future interaction on reward allocations in dyads : equity or equality. *Journal of Personality and Social Psychology* 1975, 31 :873-880.
- <sup>197</sup> Greenberg J. Allocator recipient similarity and the equitable division of rewards. *Social psychology* 1978 ;41 :337-341.
- <sup>198</sup> Deutsch. Equity, equality and need : what determines which values will be used as the basis of distributive justice ? *Journal of Social Issues* 1975,31 :137-149.
- <sup>199</sup> Kellerhals J, Modak M, Perrenoud D. *Le sentiment de justice dans les relations sociales*. Paris : Presses universitaires de France, 1997.
- <sup>200</sup> Ruyer R. *La gnose de Princeton*. Paris : Fayard, 1974.
- <sup>201</sup> Reboul A, Moeschler J. *La pragmatique aujourd'hui*. Paris : Seuil, 1998
- <sup>202</sup> Cyrulnik B. *L'ensorcellement du monde*. Paris : Odile Jacob, 1997
- <sup>203</sup> Caillé A. Rationalisme, utilitarisme et anti-utilitarisme, in Gérard-Varet LA, Passeron JC. *Le modèle et l'enquête. Les usages du principe de rationalité dans les sciences sociales*. Paris : Ecole des hautes études en sciences sociales, 1995.
- <sup>204</sup> Rorty R. *L'espoir au lieu du savoir. Introduction au pragmatisme*. Paris : Albin Michel, 1995.
- <sup>205</sup> Déry R. L'impossible quête d'une science de la gestion. *Gestion* 1995, 20(3) :35-46
- <sup>206</sup> Balandier G. *Le désordre. Eloge du mouvement*. Paris : Fayard, 1988.
- <sup>207</sup> Castoriadis C. *Fait et à faire. Les carrefours du labyrinthe V*. Paris : Seuil, 1997.

## ANNEXE A. QUESTIONNAIRES

Cette annexe comprend les trois questionnaires relatifs :

- aux tableaux de bord et de suivi
- à l'outil de budgétisation
- à l'enquête de satisfaction du personnel



## TABLEAUX DE BORD ET DE SUIVI

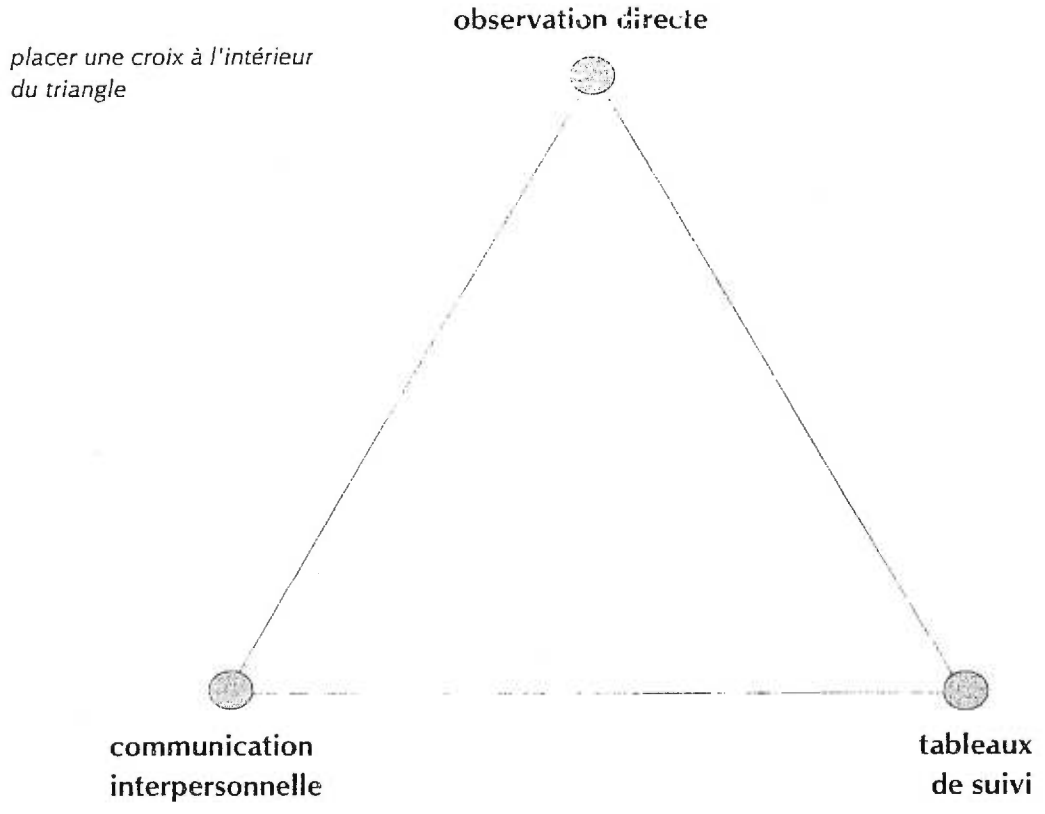
Sur 10 problèmes de gestion, combien sont-ils détectés à temps ?

*mettre une croix*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Est-ce :  trop peu  adéquat

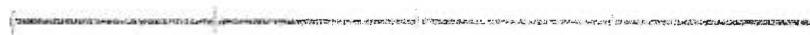
Quelles sont vos sources ?



Quelle part attribuez-vous aux tableaux de suivi dans votre capacité d'influencer les situations ?

*mettre une croix*

nulle                      faible                      moyenne                      prépondérante                      totale



Est-ce :

100% 0%

trop peu

100% 0%

adéquat

## OUTIL DE BUDGETISATION

Sur 10 problèmes de budgétisation,  
combien sont-ils détectés à temps ?

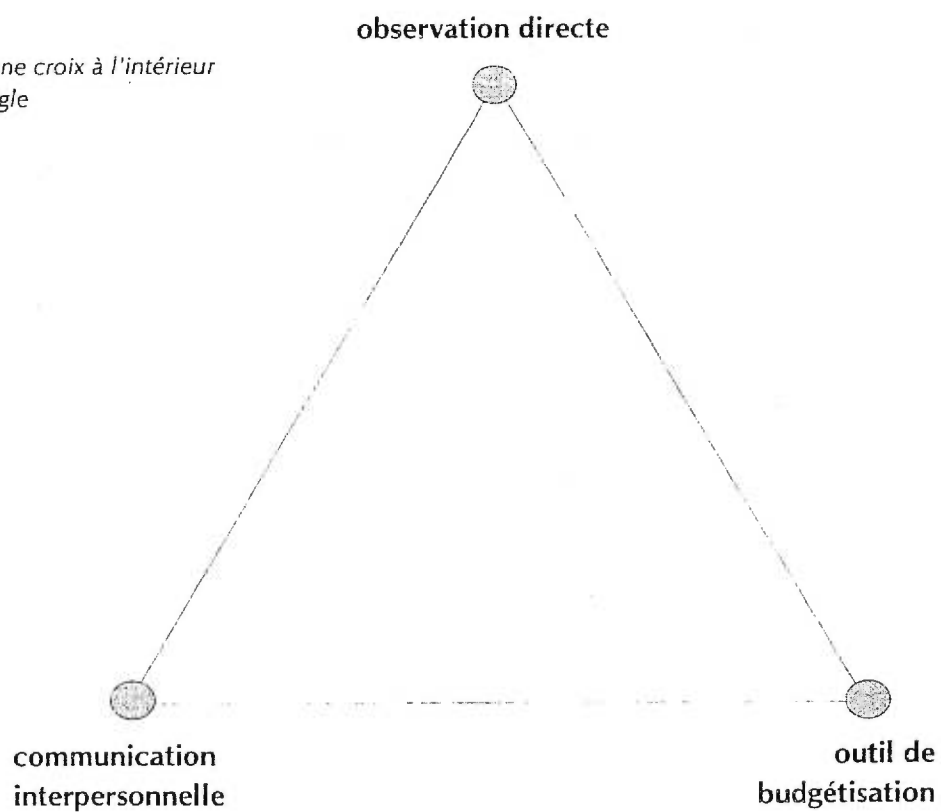
*mettre une croix*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Est-ce :  trop peu  adéquat

Quelles sont vos sources ?

*placer une croix à l'intérieur  
du triangle*



Quelle part attribuez-vous à l'outil dans la capacité d'améliorer les budgets ?

*mettre une croix*

nulle                      faible                      moyenne                      prépondérante                      totale

Est-ce :

trop peu

adéquat

## SATISFACTION DU PERSONNEL

Sur 10 problèmes de satisfaction du personnel de votre unité, combien sont-ils détectés à temps ?

*mettre une croix*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

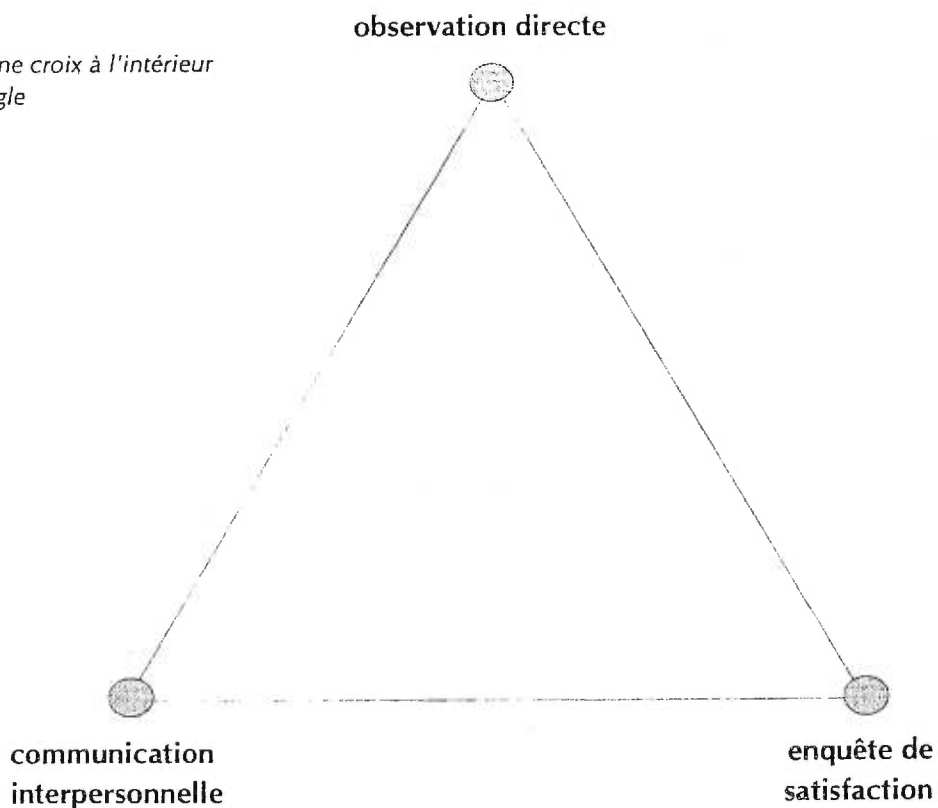
Est-ce :

trop peu

adéquat

Quelles sont vos sources ?

*placer une croix à l'intérieur du triangle*



Quelle part attribuez-vous à l'enquête  
dans votre capacité d'améliorer la  
satisfaction de votre personnel ?

*mettre une croix*

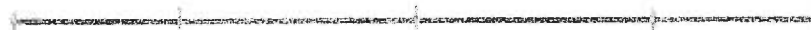
nulle

faible

moyenne

prépondérante

totale



Est-ce :



trop peu



adéquat

## ANNEXE B. COEFFICIENTS DE CORRÉLATION DES RANGS

Variables	A	B	C	D	E	F	G	H	I
A. Compétence	1.000								
B. Clarté des objectifs	0.181	1.000							
C. Méthodologie	0.455	0.513	1.000						
D. Organisation	0.243	0.401	0.401	1.000					
E. Contribution du SID	0.337	0.368	0.476	0.283	1.000				
F. Personnes ressources	0.250	0.387	0.356	0.476	0.309	1.000			
G. Implication des dirigeants	0.013	0.096	0.213	-0.023	0.151	0.249	1.000		
H. Ampleur du projet	0.055	0.441	0.321	0.367	0.430	0.603	0.391	1.000	
I. Degré de réussite	0.507	0.200	0.193	0.245	0.083	0.307	0.132	-0.009	1.000

## ANNEXE C. TABLEAUX DE BORD ET DE SUIVI

Cette annexe comprend un échantillon de tableaux d'un service du CHUV :

- tableau de bord ;
- tableau synoptique ;
- pertes et profits ;
- charges salariales ;
- autres charges ;
- enveloppe ;
- revenus hors enveloppe ;
- profil des patients ;
- flux de patients.

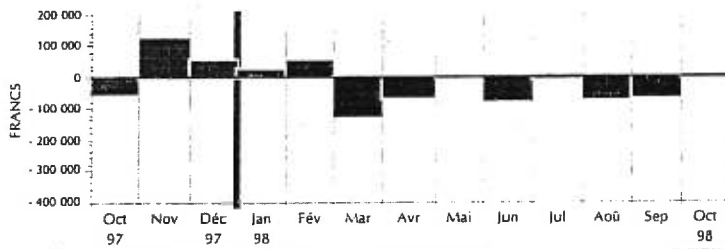
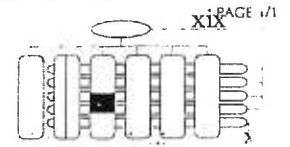
Cet échantillon ne couvre qu'une petite partie des tableaux ; il manque par exemple les tableaux destinés aux services fournisseurs (laboratoires, radiologie, etc.) aux départements et à la direction du CHUV. L'ensemble des tableaux mis à disposition chaque mois représente une pile de papier d'environ 40 cm...



# SERVICE XXX

## Tableau de bord

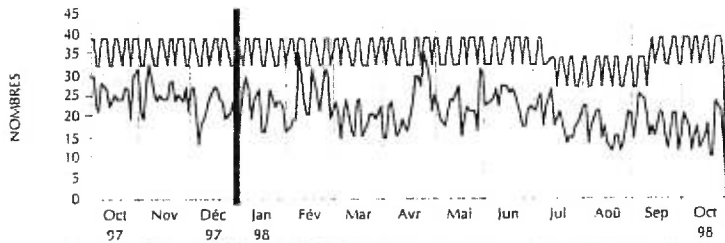
XXX  
Octobre 98



ÉCARTS CUMULÉS 98

Enveloppe:	-91 685.-
Autres revenus:	180 898.-
Charges salariales:	-317 724.-
Autres charges:	-132 944.-
Prestations demandées	-11 283.-
<b>Pertes et Profits</b>	<b>-372 738.-</b>

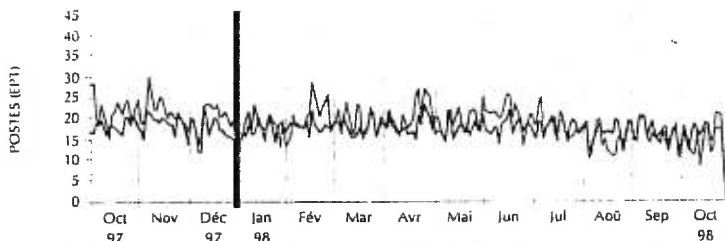
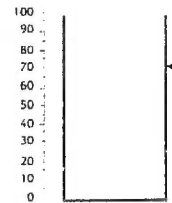
PERTES & PROFITS



VALEURS CUMULÉES 98

Patients présents:	20
Liets ouverts:	35
Liets fermés:	4
<b>Liets totaux</b>	<b>39</b>

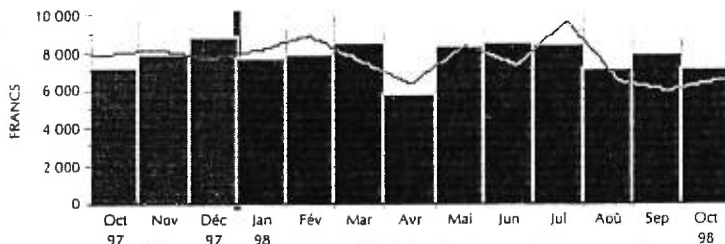
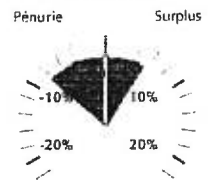
OCCUPATION DES LITS



VALEURS CUMULÉES 98

Infirmiers réels:	18
Infirmiers requis:	18
<b>Différence</b>	<b>-1</b>

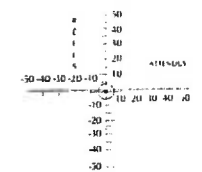
PERSONNEL



VALEURS CUMULÉES 98

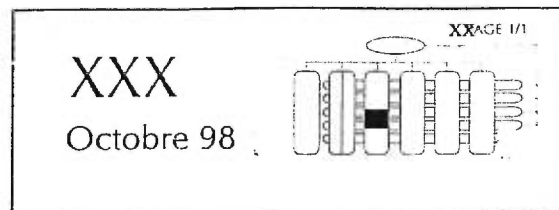
Coûts directs attendus:	7 716.-
Clinique:	1 119.-
Soins infirmiers:	3 537.-
Examens paracliniques:	526.-
Imagerie:	146.-
Traitement:	1 588.-
Hôtellerie:	706.-
<b>Coût directs réels</b>	<b>7 622.-</b>

COÛTS DIRECTS



SERVICE XXX

# Tableau synoptique



## INDICATEURS, DESCRIPTEURS

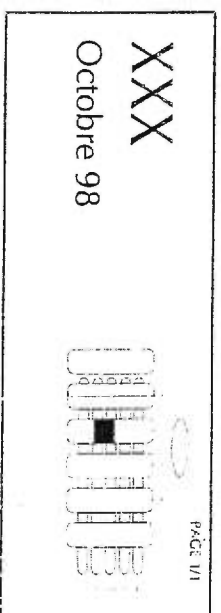
## VALEURS DU MOIS

## VALEURS CUMULÉES

		réelles	standards	écarts	réelles	standards	écarts
Taux d'occupation moyen	TOM	43%	70%	-27%	57%	70%	-13%
Durée moyenne d'hospitalisation	DMH	4.26	-	-	4.79	-	-
Dotation en personnel infirmier	PRN	16	15	1	18	18	0
Coûts directs d'hospitalisation	CMH	7000	6500	500	7634	7716	-82
Taux de mortalité intra-hospitalière	TMI	2.1%	1.3%	1%	1.3%	1.1%	0.2%
<b>Indicateurs</b>							
Hospitalisations privées achevées	HPR	7	9	-2	68	99	-31
Hospitalisations semi-privées achevées	HSP	8	7	1	64	77	-13
Hospitalisations chambres communes achevées	HCO	72	76	-4	793	766	27
Hospitalisations nouveau-nés achevées	HNN	0	0	0	0	0	0
Hospitalisations inachevées	HOI	17	-	-	17	-	-
Semi-hospitalisations d'un jour	HIJ	39	60	-21	425	600	-175
Semi-hospitalisations programmées achevées	SHP	0	0	0	-	-	-
Semi-hospitalisations non programmées achevées	SHN	0	0	0	-	-	-
<b>Patients</b>							
Journées fournies à des unités tierces	JFT	22	51	-29	299	519	-220
Journées demandées au sein de l'unité	JDU	443	595	-152	5122	5957	-835
Journées demandées à des unités tierces	IDT	82	85	-3	1208	852	356
Séjours médicaux	CLO	88	98	-10	979	984	-5
Séjours infirmiers	HI0	69	132	-63	1032	1321	-289
Journées médicales	CL1	641	802	-161	7773	8024	-251
Journées infirmières	HL1	544	774	-230	6319	7741	-1422
Interventions chirurgicales hospitalisées	ICH	150	93	57	1618	934	684
Interventions chirurgicales ambulatoires	ICA	1	7	-6	49	79	-30
<b>Activités</b>							
Forces de travail	EPT	82	78	4	63	62	1
Lits ouverts	OUV	36	39	-3	35	39	-4
Enveloppe	ENV	762'649	796'311	-33'662	7'871'424	7'963'109	-91'685
Revenus hors enveloppe	RHE	15'664	7'638	8'026	257'281	76'383	180'898
Charges salariales	CHS	651'097	630'597	-20'500	6'623'699	6'305'975	-317'724
Prestations demandées	PRD	13'361	46'288	32'927	474'165	462'882	-11'283
Autres charges	CHA	112'441	127'063	14'622	1'403'578	1'270'634	-132'944
Pertes & Profits	P&P	1'414	0	1'414	-372'737	0	-372'737
<b>Ressources</b>							

# SERVICE XXX

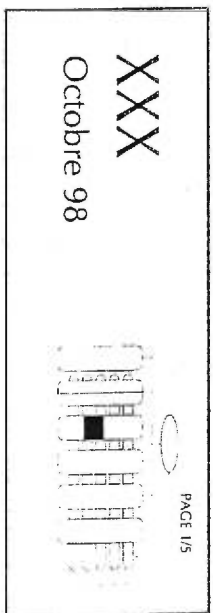
## Pertes et profits



UNITÉS	MONTANTS CUMULÉS (Kfcs)						ÉCART BUDGÉTAIRE (Kfcs)					
	charges salariales	prestations demandées	autres charges	enveloppe	autres revenus	pertes & profits	charges salariales	prestations demandées	autres charges	enveloppe	autres revenus	
Consultations	701	0	107	745	22	-42	-23	0	-19	0	0	
Consultations	XXX1	0	107	745	22	-42	-23	0	-19	0	0	
Explorations Oto-neurologie	191	0	246	377	185	125	-11	0	-38	0	174	
Explorations	XXX4	0	246	377	185	125	-11	0	-38	0	174	
Jardin d'enfants malentendants	449	0	1	462	1	13	13	0	-1	0	1	
Jardin d'enfants malentendants	OR19	0	1	462	1	13	13	0	-1	0	1	
Urgences	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	
Endoscopies	0	0	75	33	5	-37	0	0	-42	0	5	
Bloc opératoire	0	0	259	174	0	-84	0	0	-84	0	0	
Rééducation	0	0	5	12	0	7	0	0	7	0	0	
Direction	2'682	474	49	2'905	5	-295	-173	-11	-14	-92	4	
Direction	XXXX	474	387	3'124	11	-408	-173	-11	-134	-92	2	
Hospitalisation	2'601	0	662	3'163	39	-61	-124	0	60	0	4	
Hospitalisation	XXXXH	0	662	3'163	39	-61	-124	0	60	0	4	
<b>Exploitation</b>	<b>6'624</b>	<b>474</b>	<b>1'404</b>	<b>7'871</b>	<b>257</b>	<b>-373</b>	<b>-318</b>	<b>-11</b>	<b>-133</b>	<b>-92</b>	<b>181</b>	

# SERVICE XXX

## Charges salariales



### PROFESSIONS (SYNTHÈSE)

### CHARGES SALARIALES (FRANCS)

### FORCES DE TRAVAIL (EPT-MOIS)

		réelles cumulées	budgétées cumulées	écart cumulé	écart du mois	réelles moyennes	réelles du mois	budgétées du mois	écart du mois	écart cumulé
<b>Cadres</b>										
Chefs de clinique	ME1	736'771	752'562	15'791	1'468	4,70	4,70	4,70	0,00	0,00
Assistants	ME2	643'740	645'173	1'433	-435	6,00	6,00	6,00	0,00	0,00
	ME3	837'337	811'307	-26'030	12'489	11,40	9,00	11,00	2,30	-4,00
<b>Personnel médical</b>	<b>ME</b>	<b>2'217'848</b>	<b>2'209'042</b>	<b>-8'806</b>	<b>13'522</b>	<b>22,10</b>	<b>19,70</b>	<b>21,70</b>	<b>2,00</b>	<b>-4,00</b>
<b>Cadres</b>										
Cadres intermédiaires	IN1	53'446	54'795	1'350	137	0,50	0,50	0,50	0,00	0,00
Infirmiers	IN2	83'858	174'997	91'139	8'924	0,88	0,90	2,00	1,16	11,20
Infirmiers assistants et nurses	IN3	1'895'988	1'766'401	-1'29'588	-6'887	29,07	28,40	27,90	-0,50	-11,72
	IN4	64'761	66'196	1'436	141	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00
<b>Personnel infirmier</b>	<b>IN5</b>	<b>423'320</b>	<b>428'468</b>	<b>5'148</b>	<b>-175</b>	<b>7,78</b>	<b>7,95</b>	<b>7,40</b>	<b>-0,55</b>	<b>-3,84</b>
	<b>IN</b>	<b>2'521'373</b>	<b>2'490'858</b>	<b>-30'515</b>	<b>2'139</b>	<b>39,24</b>	<b>38,76</b>	<b>38,80</b>	<b>0,04</b>	<b>-4,37</b>
<b>Qualifiés</b>										
<b>Personnel médico-technique</b>										
Qualifiés	MT3	136'150	135'571	-579	-58	2,00	2,00	2,00	0,00	0,00
Autres	MT	136'150	135'571	-579	-58	2,00	2,00	2,00	0,00	0,00
<b>Personnel administratif</b>										
Qualifiés	AD3	649'458	662'210	12'753	7'672	9,49	8,70	9,50	0,80	0,08
Autres	AD4	97'578	105'584	8'006	1'873	1,85	1,73	1,95	0,22	0,97
<b>Personnel administratif</b>	<b>AD</b>	<b>747'036</b>	<b>767'795</b>	<b>20'759</b>	<b>9'545</b>	<b>11,34</b>	<b>10,43</b>	<b>11,45</b>	<b>1,02</b>	<b>1,06</b>
<b>Universitaires</b>										
Qualifiés	PS2	287'431	255'427	-32'004	-581	2,87	2,57	2,47	-0,10	-4,00
<b>Personnel psycho-social</b>	<b>PS3</b>	<b>116'930</b>	<b>149'605</b>	<b>32'675</b>	<b>1'153</b>	<b>1,20</b>	<b>1,50</b>	<b>1,60</b>	<b>0,10</b>	<b>4,00</b>
	<b>PS</b>	<b>404'362</b>	<b>405'032</b>	<b>670</b>	<b>573</b>	<b>4,07</b>	<b>4,07</b>	<b>4,07</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>Stagiaires, élèves, apprentis</b>										
Intérimaires	ST1	76'266	50'563	-25'703	-4'071	*6,23	*6,87	*0,00	*-6,87	*-6,30
Indemnités	INT	179'619	48'500	-131'119	-25'642	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Heures supplémentaires	IND	123'850	123'333	-516	-959	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	HSU	129'643	0	-129'643	-15'311	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

## Charges salariales

PACTE 2/5

PROFESSIONS (SYNTHESE)		CHARGES SALARIALES (FRANCS)			FORCES DE TRAVAIL (EPT-MOIS)					
suite du regroupement AU		réelles cumulées	budgétées cumulées	écart cumulé	écart du mois	réelles moyennes	réelles du mois	budgétées du mois	écart du mois	écart cumulé
Ajustements	AU	-94	0	94	100	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Autres	AU	596 932	297 677	-299 254	-46 222	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>Total</b>		<b>6 623 1700</b>	<b>6 305 975</b>	<b>-317 194</b>	<b>-20 500</b>	<b>78.75</b>	<b>74.96</b>	<b>78.02</b>	<b>3.06</b>	<b>-7.31</b>

\* - EPT hors-frais

## Charges salariales

## PROFESSIONS (DÉTAIL)

## CHARGES SALARIALES (FRANCS)

## FORCES DE TRAVAIL (EPT-MOIS)

		réelles cumulées	budgétées cumulées	écart cumulé	écart du mois	réelles moyennes	réelles du mois	budgétées du mois	écart, du mois	écart cumulé
1er infirmier	IN3	114'846	119'272	4'426	4'255	1.35	0.90	1.40	0.50	0.50
Infirmier	IN3	136'159	132'692	-3'467	-3'47	2.00	2.00	2.00	0.00	0.00
Etudiant remplaçant	IN5	2'025	0	-2'025	-2'025	0.06	0.55	0.00	-0.55	-0.55
Aide hospitalier	IN5	64'668	65'026	357	36	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00
Employé d'hôpital	IN5	27'802	28'454	652	336	0.54	0.50	0.50	0.00	-0.38
1er employé d'administration	AD3	72'769	73'182	413	41	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00
Classe 12	AD3	67'266	66'193	-1'074	-107	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00
Classe 14	AD3	58'862	56'822	-2'039	-204	0.80	0.80	0.80	0.00	0.00
Employé d'administration	AD3	127'805	128'510	705	70	1.90	1.90	1.90	0.00	0.00
Personnel intermédiaire	IN1	20'114	0	-20'114	-4'922	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Heures supplémentaires	HSU	1'350	0	-1'350	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Allocations	ALL	7'683	8'301	618	85	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Autres ajustements	AIU	3	0	-3	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>Consultations</b>	<b>XXX1</b>	<b>701'352</b>	<b>678'451</b>	<b>-22'902</b>	<b>-2'781</b>	<b>9.64</b>	<b>9.65</b>	<b>9.60</b>	<b>-0.05</b>	<b>-0.44</b>
Classe 14	AIT3	136'150	135'671	-579	-58	2.00	2.00	2.00	0.00	0.00
Employé d'administration	AD3	31'812	31'643	-170	-17	0.50	0.50	0.50	0.00	0.00
Employé de bureau	AD4	10'567	10'691	123	12	0.20	0.20	0.20	0.00	0.00
Personnel intermédiaire	IN1	10'151	0	-10'151	-5'856	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Allocations	ALL	2'053	2'186	133	13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Autres ajustements	AIU	1	0	-1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>Explorations</b>	<b>XXX4</b>	<b>190'735</b>	<b>180'091</b>	<b>-10'644</b>	<b>-5'906</b>	<b>2.70</b>	<b>2.70</b>	<b>2.70</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
Employé de bureau spécialisé	AD4	39'483	51'705	12'222	2'795	0.67	0.40	1.00	0.60	3.32
Logopédiste B	PS2	82'076	51'083	-30'993	-479	1.00	0.70	0.60	-0.10	-4.00
Logopédiste A	PS2	205'355	204'344	-1'011	-101	1.87	1.87	1.87	0.00	0.00
Logopédiste C	PS3	116'930	149'605	32'675	1'153	1.20	1.50	1.60	0.10	4.00
Allocations	ALL	5'105	5'596	491	80	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Autres ajustements	AIU	2	0	-2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>Jardin d'enfants malentendants</b>	<b>XXX9</b>	<b>448'951</b>	<b>462'332</b>	<b>13'382</b>	<b>3'447</b>	<b>4.74</b>	<b>4.47</b>	<b>5.07</b>	<b>0.60</b>	<b>3.32</b>
Médecin-adjoint	ME1	75'802	74'932	-870	-87	0.50	0.50	0.50	0.00	0.00
Médecin-associé	ME1	448'663	461'695	13'032	1'256	3.20	3.20	3.20	0.00	0.00

## Charges salariales

## PROFESSIONS (DÉTAIL)

## CHARGES SALARIALES (FRANCS)

## FORCES DE TRAVAIL (EPT-MOIS)

suite de l'unité de personnel XXXD	CHARGES SALARIALES (FRANCS)			FORCES DE TRAVAIL (EPT-MOIS)						
	réelles cumulées	budgetées cumulées	écart cumulé	écart du mois	réelles moyennes	réelles du mois	budgetées du mois	écart du mois	écart cumulé	
Chef de clinique	ME2	358'313	357'956	-357	-472	3,00	3,00	3,00	0,00	0,00
Chef de clinique-adjoint	ME2	285'427	287'217	1'790	37	3,00	3,00	3,00	0,00	0,00
Médecin-assistant 1ère année	ME3	123'473	118'415	-5'057	-6'064	2,10	3,00	2,00	-1,00	-1,00
Médecin-assistant 2ème année	ME3	247'376	200'305	-47'071	-22'561	2,90	5,00	2,33	-2,67	-5,70
Médecin-assistant 3ème année	ME3	175'383	212'969	37'586	13'316	2,20	1,00	2,67	1,67	4,76
Médecin-assistant 4ème année	ME3	131'861	129'282	-2'579	12'801	1,80	0,00	1,75	1,75	-0,50
Médecin-assistant 2ème année	ME3	76'422	64'223	-12'199	6'386	1,20	0,00	1,00	1,00	-2,00
Médecin-assistant 3ème année	ME3	82'822	86'112	3'291	8'611	1,20	0,00	1,25	1,25	0,50
Etudiant remplaçant	IN5	3'304	0	-3'304	0	0,09	0,00	0,00	0,00	-0,92
1er employé d'administration	AD3	0	58'676	58'676	5'868	0,00	0,00	0,80	0,80	8,00
Employé d'administration	AD3	55'846	30'879	-24'967	-62	0,89	0,50	0,50	0,00	-3,89
Employé principal d'administration	AD3	78'301	78'940	639	64	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00
Aide de bureau A	AD4	15'645	0	-15'645	0	0,33	0,00	0,00	0,00	-5,32
Apprentis, stagiaires, étudiants	ST1	31'561	16'707	-14'854	-1'162	*3,19	*2,87	*0,00	*-2,87	*-31,90
Personnel infirmier	IN1	65'245	40'167	-25'078	-7'274	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Indemnités variables	IND	41'496	43'333	1'838	-366	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Heures supplémentaires	HSU	128'790	0	-128'790	-14'684	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Allocations	ALL	43'708	30'447	-13'261	-479	0,00	0,00	0,00	-0,00	0,00
Autres ajustements	AIU	-180	0	180	102	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Direction</b>	<b>XXXX</b>	<b>2'681'562</b>	<b>2'508'191</b>	<b>-173'371</b>	<b>-4'473</b>	<b>24,41</b>	<b>21,20</b>	<b>24,00</b>	<b>2,80</b>	<b>-4,12</b>
Infirmier chef de service avec spécialisation	IN1	53'446	54'795	1'350	137	0,50	0,50	0,50	0,00	0,00
Infirmier-chef d'unité de soins	IN2	83'858	82'893	-965	-287	0,88	0,90	1,00	0,10	1,20
Infirmier chef d'unités de soins avec spécialisation	IN2	0	92'104	92'104	9'210	0,00	0,00	1,00	1,00	10,00
1er infirmier	IN3	112'314	70'138	-42'176	-5'372	1,45	1,57	1,00	-0,57	4,50
Infirmier	IN3	1'532'670	1'444'299	-88'371	-5'425	24,27	23,93	23,50	-0,43	-7,72
Nurse	IN4	64'761	66'196	1'436	141	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00
Aide hospitalier	IN5	0	66'196	66'196	6'620	0,00	0,00	1,00	1,00	10,00
1er employé d'hôpital	IN5	62'314	75'450	13'136	439	1,05	1,20	1,50	0,30	4,50
Employé d'hôpital	IN5	252'440	193'342	-59'098	-5'581	4,75	4,70	3,40	-1,30	-13,50
Etudiant remplaçant	IN5	10'767	0	-10'767	0	0,30	0,00	0,00	0,00	-2,99
Employé d'administration	AD3	156'797	137'366	-19'431	2'019	2,40	2,00	2,00	0,00	-4,03
Aide de bureau A	AD4	19'342	11'254	-8'089	-2'245	0,40	0,73	0,25	-0,48	-1,53

## Charges salariales

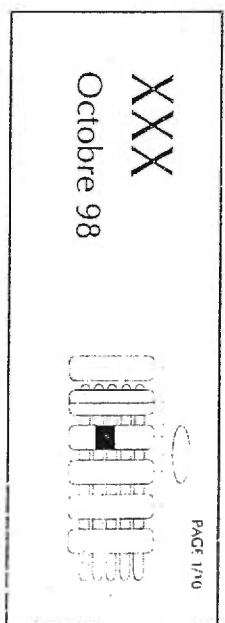
PROFESSIONS (DÉTAIL)	CHARGES SALARIALES (FRANCS)				FORCES DE TRAVAIL (EPT-MOIS)					
	suite de l'unité de personnel XXXH	réelles cumulées	budgétées cumulées	écart cumulé	écart du mois	réelles moyennes	réelles du mois	budgétées du mois	écart du mois	écart cumulé
Employé de bureau spécialisé	AD4	31129	31935	28807	3194	0,05	0,00	0,50	0,50	4,50
Apprentis, stagiaires, étudiants	ST1	441704	33856	-10849	-2909	*3,04	*4,00	*0,00	*-4,00	*-30,40
Personnel interimaire	INT	84109	8333	-75776	-7589	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Indemnités variables	IND	821354	80000	-2354	-594	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Heures supplémentaires	H5U	-497	0	497	-626	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Allocations	ALL	29100	28752	-348	-37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Autres ajustements	AU	80	0	-80	-1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hospitalisation	XXXXH	2'601'099	2'476'910	-124'189	-10'787	37,26	36,94	36,65	-0,29	-0,07
<b>Total</b>		<b>6'623'700</b>	<b>6'305'975</b>	<b>-317'724</b>	<b>-20'500</b>	<b>78,75</b>	<b>74,96</b>	<b>78,02</b>	<b>3,06</b>	<b>-7,31</b>

\* - 1PT hors-temps



# SERVICE XXX

## Autres charges



NATURE DES CHARGES (SYNTHESE)	CHARGES CUMULEES (FRANCS)			CONTRÔLE BUDGÉTAIRE (FRANCS)				
	externes	internes	totales	réelles cumulees	budgétées cumulees	écart cumulé	budget annuel	solde
Appareils médicaux	310	-	21'311	21'311	0	-21'311	0	21'311
Instruments médicaux	311	-	89'685	89'685	57'917	-31'769	69'500	-30'185
Agents thérapeutiques	312	366'992	407'430	407'430	479'833	72'404	575'800	168'370
Matériel d'implantation	313	-	247'781	247'781	120'552	-127'230	144'562	-103'119
Matériel de pansement et bandages	314	-	27'448	27'448	33'667	6'219	40'400	12'952
Matériel de suture	315	-	4'139	4'139	19'667	15'528	23'600	19'461
Matériel médical à usage unique	316	-	175'285	175'285	176'500	1'215	211'800	36'515
Autres matériels médicaux	317	5'716	56'090	56'090	28'250	-27'840	33'900	-22'190
Matériel radiologique, photographique et enregistrement	318	4'485	12'610	17'095	15'917	-1'178	19'100	2'005
Matériel et animaux de laboratoire	319	1'716	1'716	1'716	167	-1'549	200	-2'516
<b>Biens médicaux</b>	<b>31</b>	<b>662'661</b>	<b>385'318</b>	<b>1'047'979</b>	<b>932'468</b>	<b>-115'511</b>	<b>1'118'962</b>	<b>5'0583</b>
Analyses de laboratoire	320	22'723	88	22'811	22'811	31'667	38'000	15'189
Examens spécialisés des patients	321	1'286	13'910	15'195	12'500	-2'695	15'000	-195
Examens généraux des patients	322	-	718	718	0	-718	0	-718
Traitements médicaux	323	2'146	-	2'146	0	-2'146	0	-2'146
Examens et traitements dentaires	324	175'767	-	175'767	194'167	18'400	233'000	57'233
Expertises médicales et autopsies	325	-	294	294	83	-211	100	-154
Autres prestations d'exploitation médicale	329	180	-	180	0	-180	0	-180
<b>Services médicaux</b>	<b>32</b>	<b>202'102</b>	<b>15'010</b>	<b>217'112</b>	<b>217'112</b>	<b>21'305</b>	<b>286'100</b>	<b>68'988</b>

## Autres charges

PAGE 2/16

NATURE DES CHARGES (SYNTHÈSE)	CHARGES CUMULÉES (FRANCS)			CONTRÔLE BUDGÉTAIRE (FRANCS)			solde	
	externes	internes	totales	réelles cumulées	budgétées cumulées	écart cumulé		budget annuel
Produits alimentaires	330	-	330	330	0	-330	0	-330
Articles de cuisine	331	-	328	328	0	-328	0	-328
Vêtements et textiles	332	-	10'731	10'731	10'917	186	13'100	2'359
Produits de soins corporels	333	-	58	58	0	-58	0	-58
Produits ménagers	336	-	746	746	0	-746	0	-746
Produits de nettoyage et de lessive	337	-	212	212	167	-45	200	-12
Autres biens d'exploitation hôtelière	339	-	136	136	0	-136	0	-136
<b>Biens hôteliers</b>	<b>33</b>	<b>-</b>	<b>12'541</b>	<b>12'541</b>	<b>11'083</b>	<b>-1'458</b>	<b>13'300</b>	<b>759</b>
Fournitures de bureau et imprimés	350	591	29'262	29'853	29'583	-270	35'500	5'647
Frais de marchandises et de déchets	351	-	1'960	1'960	583	-1'377	700	-1'260
Assurances, taxes et cotisations	352	-	250	250	0	-250	0	-250
Frais de voyage, de réception et formation	353	-	5'030	5'030	5'000	-30	6'000	970
Frais de créances et de débiteurs	357	-	4'896	4'896	0	-4'896	0	-4'896
Autres frais d'administration	359	-	334	334	0	-334	0	-334
<b>Autres biens et services</b>	<b>35</b>	<b>-</b>	<b>41'732</b>	<b>42'323</b>	<b>35'167</b>	<b>-7'157</b>	<b>42'200</b>	<b>-122</b>
Achats de biens pour entretien immeubles	366	-	122	122	0	-122	0	-122
Achats de services pour entretien immeubles	367	-	1'192	1'192	2'500	1'308	3'000	1'808
<b>Charges d'immeubles</b>	<b>36</b>	<b>-</b>	<b>1'314</b>	<b>1'314</b>	<b>2'500</b>	<b>1'186</b>	<b>3'000</b>	<b>1'686</b>
Achats d'équipements	370	-	21'983	21'983	15'167	-6'817	18'200	-3'783
Achats de biens pour entretien équipements	376	-	3'117	3'117	1'667	-1'450	2'000	-1'117
Contrats d'entretien d'équipements	377	-	5'120	5'120	833	-4'287	1'000	-4'126
Réparations d'équipements	378	-	52'088	52'088	33'333	-18'755	40'000	-12'088
<b>Charges d'équipements</b>	<b>37</b>	<b>-</b>	<b>82'309</b>	<b>82'309</b>	<b>51'000</b>	<b>-31'309</b>	<b>61'200</b>	<b>-21'109</b>
<b>Fournitures et prestations de service</b>	<b>1'002'659</b>	<b>400'919</b>	<b>1'403'578</b>	<b>1'403'578</b>	<b>1'270'635</b>	<b>-132'943</b>	<b>1'524'762</b>	<b>121'164</b>

## Autres charges

NATURE DES CHARGES (DÉTAIL)	CHARGES CUMULÉES (FRANCS)			CONTRÔLE BUDGÉTAIRE (FRANCS)				
	externes	internes	totales	réelles cumulées	budgétées cumulées	écart cumulé	budget annuel	solde
Accessoires aux appareils médicaux	31080	51	51	51	0	-51	0	-51
Instruments médicaux à usage répété	31100	10'272	10'272					
Seringues	31150	434	434					
Cathéters et drains	31152	1'229	1'229					
Autres instruments médicaux à usage unique	31159	1'641	1'641	13'576	5'667	-7'909	6'800	-6'776
Médicaments	31200	-	8'388					
Sang et produits de remplacement	31210	444	488					
Vaccins et sérums	31220	97	97					
Antifébriles	31230	-	1'503					
Désinfectants	31250	-	5'293	15'769	14'583	-1'186	17'500	1'731
Autres prothèses	31320	4'154	4'154	4'154	7'417	3'263	8'900	4'747
Matériel de pansement	31400	4'085	4'085	4'085	3'250	-835	3'900	-185
Fil de suture	31500	3'061	3'061	3'061	2'417	-644	2'900	-151
Gants médicaux	31600	243	243					
Autres matériels médicaux à usage unique	31690	23'519	23'519	23'763	10'000	-13'763	12'000	-1'763
Agents diagnostiques	31700	218	302					
Autres matériels médicaux	31790	2'586	2'586	2'888	4'917	2'028	5'900	3'012
Matériel de développement et de photographie	31810	2'063	2'063					
Matériel vidéo	31820	63	63					
Matériel d'enregistrement	31830	1'139	1'139	3'266	917	-2'349	1'100	-2'166
Verrerie de laboratoire	31900	367	367					
Autres matériels de laboratoire	31990	203	203	569	167	-402	200	-369
Analyses sérologiques	32050	256	256					
Autres analyses de laboratoire	32090	2'675	2'675	2'931	5'833	2'902	7'000	4'069
Examens et traitements dentaires	324	-	-	0	7'500	7'500	9'000	9'000
Autres prestations d'exploitation médicale	32990	50	50	50	0	-50	0	-50
Textiles à usage unique	33260	1'768	1'768	1'768	1'083	-685	1'300	-468
Sacs ménagers	33610	5	5					
Autres produits ménagers	33690	29	29	34	0	-34	0	-34

## Autres charges

NATURE DES CHARGES (DÉTAIL)	CHARGES CUMULÉES (FRANCS)			CONTRÔLE BUDGÉTAIRE (FRANCS)				
	externes	internes	totales	réelles cumulées	budgétées cumulées	écart cumulé	budget annuel	solde
Produits de nettoyage	33700	212	212	212	0	-212	0	-212
Fournitures de bureau	35000	1'631	1'631					
Fournitures informatiques	35010	1'255	1'255					
Autres imprimés et brochures	35050	2'062	2'062	4'948	8'250	3'302	9'900	4'952
Transports et dédouanements des marchandises	35100	624	624	624	0	-624	0	-624
Amortissements des créances débiteurs	35700	-	-	0	0	0	0	0
Services bancaires	35912	12	12	12	0	-12	0	-12
Achats d'équipements techniques	37020	1'472	1'472	2'017	0	-2'017	0	-2'017
Achats de mobilier et matériel de bureau	37060	544	544					
Fournitures entretien équipements médicaux	37630	226	226	226	0	-226	0	-226
Contrats d'entretien d'équipements médicaux	37730	1'715	1'715	1'715	833	-881	1'000	-715
Réparations d'équipements techniques	37820	7'181	7'181	21'474	15'000	-6'474	18'000	-3'474
Réparations d'équipements médicaux	37830	14'292	14'292					
<b>Consultations</b>	<b>XXX7</b>	<b>91'782</b>	<b>15'409</b>	<b>107'191</b>	<b>87'833</b>	<b>-19'358</b>	<b>105'400</b>	<b>-1'791</b>
Amortissements des créances débiteurs	35700	0	0	0	0	0	0	0
<b>Urgences</b>	<b>XXX2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Accessoires aux appareils médicaux	31080	4'466	4'466	4'466	0	-4'466	0	-4'466
Instruments médicaux à usage répété	31100	4'147	4'147					
Seringues	31150	2'129	2'129					
Cathéters et drains	31152	1'721	1'721					
Autres instruments médicaux à usage unique	31159	1'729	1'729	9'726	4'917	-4'810	5'900	-3'826
Autres prothèses	31320	314	314					
Autres matériels d'implantation	31390	25'983	25'983	26'297	17'500	-8'797	21'000	-5'297
Matériel de pansement	31400	70	70	70	0	-70	0	-70
Autres matériels médicaux à usage unique	31690	13'660	13'660	13'660	4'083	-9'577	4'900	-8'760
Autres matériels médicaux	31790	17'631	17'631	17'631	4'083	-13'547	4'900	-12'731

Autres charges

NATURE DES CHARGES (DÉTAIL)	CHARGES CUMULÉES (FRANCS)			CONTRÔLE BUDGÉTAIRE (FRANCS)			solde	
	externes	internes	totales	réelles cumulées	budgétées cumulées	écart cumulé		budget annuel
suite de l'unité XXX3								
Matériel vidéo	31820	763	763	763	833	71	1'000	237
Transports et dédouanements des marchandises	35100	114	114	114	0	-114	0	-14
Achats d'équipements techniques	37020	420	420	420	0	-420	0	-420
Fournitures entretien équipements médicaux	37630	2'027	2'027	2'027	0	-2'027	0	-2'027
Réparations d'équipements	378	-	-	0	1'667	1'667	2'000	2'000
<b>Endoscopies</b>	<b>XXX3</b>	<b>75'175</b>	<b>75'175</b>	<b>75'175</b>	<b>33'083</b>	<b>-42'092</b>	<b>39'700</b>	<b>-35'475</b>
Accessoires aux appareils médicaux	31080	275	275	275	0	-275	0	-275
instruments médicaux à usage répété	31100	7'467	7'467	7'467	0	-7'467	0	-7'467
Médicaments	31200	-	1'777	1'777	4'167	199	5'000	1'032
Antibiotiques	31210	-	1'188	1'188				
Désinfectants	31250	345	1'003	3'968				
Autres matériels d'implantation	31300	75'991	75'991	75'991	20'667	-55'325	24'800	-51'191
Autres matériels médicaux à usage unique	31690	441	441	441	34'250	33'809	41'100	40'659
Matériel de développement et de photographie	31810	147	147	147	83	-64	100	-47
Autres analyses de laboratoire	32090	120	120	120	833	713	1'000	880
Traitements dentaires	32450	146'443	146'443	146'443	145'000	-1'443	174'000	27'557
Gobelets	33190	204	204	204	0	-204	0	204
Fournitures de bureau	35000	3'988	3'988	3'988				
Fournitures informatiques	35010	487	487	487				
Autres imprimés et brochures	35050	1'173	1'173	5'649	2'417	-3'232	2'900	-2'749
Transports et dédouanements des marchandises	35100	108	108	108	0	-108	0	-108
Amortissements des créances débiteurs	35700	-	-	0	0	0	0	0
Prestations d'entretien et de transformation des immeubles e	36750	1'192	1'192	1'192	0	-1'192	0	-1'192
Fournitures entretien équipements médicaux	37630	479	479	479	0	-479	0	479
Contrats d'entretien d'équipements médicaux	37730	2'660	2'660	2'660	0	-2'660	0	-2'660

## Autres charges

NATURE DES CHARGES (DÉTAIL)	CHARGES CUMULÉES (FRANCS)			CONTRÔLE BUDGÉTAIRE (FRANCS)				
	externes	internes	totales	réelles cumulées	budgétées cumulées	écart cumulé	budget annuel	solde
Reparations d'équipements techniques	17820	-	665	665	0	-665	0	-665
Explorations	XXX4	242'187	3'623	245'810	207'417	-38'393	248'900	3'090
Accessoires aux appareils médicaux	31080	13'017	-	13'017	0	-13'017	0	-13'017
Instruments médicaux à usage répété	31100	34'046	-	34'046				
Seringues	31150	1'225	-	1'225				
Cathéters et drains	31152	256	-	256				
Autres instruments médicaux à usage unique	31159	2'117	-	2'117	37'643	-13'143	29'400	-8'243
Pace-makers et piles cardiaques	31300	521	-	521				
Matériel d'ostéosynthèse	31330	1'368	-	1'368				
Autres matériels d'implantation	31390	128'522	-	128'522	130'411	-55'442	89'962	-40'449
Fil de suture	31500	650	-	650	650	15'684	19'600	18'950
Autres matériels médicaux à usage unique	31690	25'945	-	25'945	26'917	971	32'300	6'355
Produits de désinfection médicale	31740	2'262	-	2'262				
Autres matériels médicaux	31790	16'498	-	16'498	18'760	-2'176	19'900	1'140
Produits de nettoyage et de lessive	337	-	-	-	0	167	200	200
Transports et dédouanements des marchandises	35100	862	-	862	862	-279	700	162
Amortissements des créances débiteurs	35700	-	-	-	0	0	0	0
Services bancaires	35912	8	-	8	8	-8	0	-8
Achats d'équipements médicaux	37030	9'617	-	9'617	0	-9'617	0	-9'617
Reparations d'équipements médicaux	37830	21'719	-	21'719	14'167	-7'553	17'000	-4'719
<b>Bloc opératoire</b>	<b>XXX5</b>	<b>258'632</b>	<b>-</b>	<b>258'632</b>	<b>174'218</b>	<b>-84'414</b>	<b>209'062</b>	<b>-49'570</b>
Matériel de pansement et bandages	314	-	-	-	0	1'583	1'930	1'930
Matériel de développement et de photographie	31810	257	-	257				
Matériel d'enregistrement	31830	40	-	40	297	3'787	4'900	4'503
Autres biens d'exploitation hôtelière	33990	136	-	136	136	-136	0	-136
Fournitures de bureau	35000	426	-	426				
Fournitures informatiques	35010	668	-	668				

## Autres charges

PAGE 7/10

NATURE DES CHARGES (DÉTAIL)	CHARGES CUMULÉES (FRANCS)			CONTRÔLE BUDGÉTAIRE (FRANCS)			solde
	externes	internes	totales	réelles cumulées	budgétées cumulées	écart cumulé	
livres, journaux et périodiques	35020	324	324				
Autres imprimés et brochures	35050	884	884				
Livres pédagogiques	35070	155	155	2'457	4'917	2'460	5'900
Transports et dédouanements des marchandises	35100	26	26	26	0	-26	0
Amortissements des créances débiteurs	35700	-	-	0	0	0	0
Services bancaires	35912	4	4	4	0	-4	0
Achats d'équipements	370	-	-	0	167	167	200
Contrats d'entretien d'équipements médicaux	37730	746	746	746	0	-746	0
Réparation mobilier et matériel de bureau	37860	920	920	920	833	-87	1'000
<b>Rééducation</b>	<b>XXX6</b>	<b>4'585</b>	<b>4'585</b>	<b>4'585</b>	<b>11'583</b>	<b>6'999</b>	<b>13'900</b>
Appareils médicaux	31000	644	644	644	0	-644	0
Autres matériels médicaux	11790	15	15	15	0	-15	0
Fournitures de bureau	35000	137	238	238	0	-238	0
Coalisations à des institutions privées	35270	250	250	250	0	-250	0
Amortissements des créances débiteurs	35700	-	-	0	0	0	0
Réparations d'équipements techniques	37820	128	128	128	0	-128	0
<b>Jardin d'enfants malentendants</b>	<b>XXX9</b>	<b>1'175</b>	<b>1'276</b>	<b>1'276</b>	<b>0</b>	<b>-1'276</b>	<b>0</b>
Appareils médicaux	31000	235	235	1'083	0	-1'083	0
Accessoires aux appareils médicaux	31080	848	848				
Instrument médicaux à usage répété	31100	3'214	3'214	3'214	2'417	-797	2'900
Matériel d'ostéosynthèse	31330	5'149	5'149	10'849	0	-10'849	0
Autres matériels d'implantation	31390	5'700	5'700	149	833	685	1'000
Autres matériels médicaux à usage unique	31690	149	149				
Autres matériels médicaux	31790	4'354	4'354	4'354	833	-3'521	1'000
Matériel de développement et de photographie	31810		12'610	12'610	10'000	-2'610	12'000

X

Autres charges

NATURE DES CHARGES (DÉTAIL)	CHARGES CUMULÉES (FRANCS)			CONTRÔLE BUDGÉTAIRE (FRANCS)				
	externes	internes	totales	réelles cumulées	budgétées cumulées	écart cumulé	budget annuel	solde
suite de l'unité d'oeuvre XXXD								
Autres matériels de laboratoire	31990	-	234	234	0	-234	0	-234
Expertises médicales	12500	294	294	294	83	-211	100	-194
Fournitures de bureau	35000	-	505	505	-	-	-	-
Fournitures informatiques	35010	-	270	270	-	-	-	-
Livres, journaux et périodiques	35020	-	250	250	-	-	-	-
Autres imprimés et brochures	35050	50	302	1'327	1'667	340	2'000	673
Transports et dédouanements des marchandises	35100	-	34	34	0	-34	0	-34
Frais déplacement (y.c. véhicules privés)	35300	-	2'415	2'415	-	-	-	-
Frais inscription cours perfectionnement, formation	35360	-	2'615	5'030	5'000	-30	6'000	970
Amortissements des créances débiteurs	35700	-	-64	-64	0	64	0	64
Travaux d'impression et de traduction	35960	200	200	200	0	-200	0	-200
Achats de services pour entretien immeubles	367	-	-	0	2'500	2'500	3'000	3'000
Achats d'équipements techniques	37020	398	398	3'994	10'000	6'006	12'000	8'006
Achats de mobilier et matériel de bureau	37060	3'595	3'595	3'994	10'000	6'006	12'000	8'006
Réparations d'équipements techniques	37030	741	741	5'765	1'667	-4'098	2'000	-3'765
Réparations d'équipements médicaux	37030	5'024	5'024	49'072	35'000	-14'072	42'000	-7'072
<b>Direction</b>	<b>XXXD</b>	<b>12'954</b>	<b>49'072</b>	<b>49'072</b>	<b>35'000</b>	<b>-14'072</b>	<b>42'000</b>	<b>-7'072</b>
Appareils médicaux	31000	263	263	1'774	0	-1'774	0	-1'774
Accessoires aux appareils médicaux	31080	1'511	1'511	1'774	0	-1'774	0	-1'774
Instruments médicaux à usage répété	31100	1'534	1'534	18'059	20'417	2'358	24'500	6'441
Cathéters et drains	31152	16'525	16'525	18'059	20'417	2'358	24'500	6'441
Médicaments	31200	-	223'833	223'833	-	-	-	-
Sang et produits de remplacement	31210	39'648	22'271	61'919	-	-	-	-
Vaccins et sérums	31220	-	2'007	2'007	-	-	-	-
Antibiotiques	31230	-	91'505	91'505	-	-	-	-
Cytostatiques	31240	-	110	110	-	-	-	-
Désinfectants	31250	-	8'318	8'318	387'692	461'083	73'391	553'300
Matériel d'ostéosynthèse	31330	80	80	80	0	-80	0	-80
Matériel de pansement	31400	22'461	22'461	80	0	-80	0	-80



## Autres charges

NATURE DES CHARGES (DÉTAIL)	CHARGES CUMULÉES (FRANCS)			CONTRÔLE BUDGÉTAIRE (FRANCS)			solde	
	externes	internes	totales	réelles cumulées	budgétées cumulées	écart cumulé		budget annuel
suite de l'unité d'œuvre XXXH								
Bandages	31450	831	831	23'293	28'833	5'541	34'600	11'307
Fil de suture	31500	428	428	428	917	489	1'100	672
Gants médicaux	31600	2'560	2'560					
Autres matériels médicaux à usage unique	31690	108'768	108'768	111'328	100'417	-10'911	120'500	9'172
Agents diagnostiques	31700	-	5'473					
Agents chimiques	31720	-	87					
Gaz médicaux et de stérilisation	31730	-	72					
Autres matériels médicaux	31790	6'810	6'810	12'442	1'833	-10'608	2'200	-10'242
Matériel d'enregistrement	31810	13	13	13	0	-13	0	-13
Verrerie de laboratoire	31900	803	803					
Autres matériels de laboratoire	31990	110	110	913	0	-913	0	-913
Analyses sérologiques	32050	16'323	16'323	19'760	25'000	5'240	30'000	10'240
Autres analyses de laboratoire	32090	3'349	3'437					
Examens radiologiques	32100	978	978	13'910	12'500	-2'695	15'000	-175
Examens ophtalmologiques	32150	308	308	15'195	12'500	-2'695	15'000	-175
Consultations psychiatriques	32280	-	718	718	0	-718	0	-718
Autres traitements médicaux	32390	2'146	2'146	2'146	0	-2'146	0	-2'146
Traitements dentaires	32450	29'324	29'324	29'324	41'667	12'343	50'000	29'675
Autres prestations d'exploitation médicale	32990	130	130	130	0	-130	0	-130
Boissons	33060	169	169					
Produits diététiques	34080	105	105					
Autres produits alimentaires	33099	56	56	330	0	-330	0	-330
Ustensiles de cuisine	33110	13	13					
Couverts	33190	95	95					
Autres articles de cuisine à usage unique	33199	15	15	124	0	-124	0	-124
Textiles à usage unique	33260	8'963	8'963	8'963	9'833	871	11'800	2'817
Produits de soins corporels	33300	58	58	58	0	-58	0	-58
Sacs ménagers	33610	626	626					

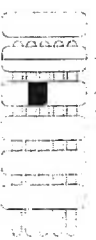
## Autres charges

NATURE DES CHARGES (DÉTAIL)	CHARGES CUMULÉES (FRANCS)			CONTRÔLE BUDGÉTAIRE (FRANCS)				solde
	externes	internes	totales	réelles cumulées	budgetées cumulées	écart cumulé	budget annuel	
Autres produits ménagers	33690	85	85	711	0	-711	0	-711
Fournitures de bureau	35000	3301	3301					
Fournitures informatiques	35010	5157	5157					
Livres, journaux et périodiques	35020	166	166					
Autres imprimés et brochures	35050	6142	6582					
Livres pédagogiques	35070	30	30	15236	12333	-2902	14800	-436
Transports et dédouanements des marchandises	35100	191	191	191	0	-191	0	-191
Amortissements des créances débiteurs	35700	4960	4960	4960	0	-4960	0	-4960
Travaux d'impression et de traduction	35960	110	110	110	0	-110	0	-110
Outils et matériel d'entretien d'immeubles	36600	122	122	122	0	-122	0	-122
Achats d'équipements techniques	37020	643	643	5936	5000	-936	6000	64
Achats d'équipements médicaux	37030	5293	5293					
Fournitures entretien équipements médicaux	37630	385	385	385	1667	1282	2000	165
Réparations d'équipements techniques	37820	844	844					
Réparations d'équipements médicaux	37830	385	385	1417	0	-1417	0	-1417
Réparation mobilier et matériel de bureau	37860	189	189	61837	721500	59663	865800	203963
Hospitalisation	XXXXH	293005	368832	661837				
Amortissements des créances débiteurs	35700	1	1	0	0	0	0	0
Oto-neurologie	XXXXV	-	-	0	0	0	0	0
<b>Fournitures et prestations de service</b>	<b>1'002'659</b>	<b>400'919</b>	<b>1'403'578</b>	<b>1'403'578</b>	<b>1'270'635</b>	<b>-132'943</b>	<b>1'524'762</b>	<b>121'186</b>

# SERVICE XXX

## Prestations demandées

XXX  
Octobre 98



PAGE 1/3

	QUANTITÉ (POINTS)				MONTANT (FRANCS)				
	du mois	réelle cumulée	budgétée cumulée	écart cumulé	du mois	réel cumulé	budgété cumulé	écart cumulé	
<b>PRESTATIONS (SYNTHÈSE)</b>									
Chimie	EP1	8'699	133'207	117'229	17'978	555	9'485	8'720	765
Immunologie	EP2	365	7'080	6'021	1'059	190	2'980	3'131	-151
Hématologie	EP3	8'524	108'852	131'101	-22'249	925	11'679	12'689	-1'010
Microbiologie	EP5	4'338	85'627	87'183	-1'556	297	6'772	6'683	89
Pathologie	EP6	1'353	16'847	20'784	-3'937	1'353	16'847	20'784	-3'937
Endocrinologie	EP7	131	4'067	2'812	1'255	16	482	322	160
<b>Examens paracliniques</b>	<b>EP</b>					<b>3'337</b>	<b>48'244</b>	<b>52'328</b>	<b>-4'083</b>
Buanderie	LO1	502	6'308	6'757	-449	5'020	63'080	67'567	-4'487
Repas	LO2	500	6'054	6'571	-517	7'500	90'810	98'563	-7'753
<b>Logistique</b>	<b>LO</b>					<b>12'520</b>	<b>153'890</b>	<b>166'129</b>	<b>-12'239</b>
Radio-diagnostic	KA1	5'504	61'006	86'341	-25'335	1'046	11'591	16'405	-4'814
Ultrasons	KA2	39	919	1'262	-343	7	175	246	-65
Tomographie computerisée	KA3	2'137	20'623	22'726	-2'103	406	3'918	4'318	-400
<b>Radiologie</b>	<b>KA</b>					<b>1'459</b>	<b>15'684</b>	<b>20'963</b>	<b>-5'278</b>
Soins urgents	SO1	0	162'551	80'047	82'504	0	0	0	0
Soins intensifs	SO2	9'365	1'166'161	841'964	324'197	431	53'643	38'730	14'913
Soins continus	SO3	154'279	1'998'935	1'970'394	28'541	242	21'134	7'017	14'117
Soins ordinaires	SO4	442'123	5'405'971	6'161'483	-755'512	3'607	40'799	29'834	10'965
<b>Soins infirmiers</b>	<b>SO</b>					<b>4'280</b>	<b>115'577</b>	<b>75'582</b>	<b>39'995</b>
Anesthésie	IR1	8'680	108'384	119'149	-10'765	6'076	75'869	83'404	-7'536
Bloc opératoire	IR2	9'438	1'161'529	127'924	-1'1395	3'775	46'612	51'170	-4'558
Physiothérapie	IR3	2'223	40'593	29'459	11'134	1'000	18'267	13'257	5'010
Ergothérapie	IR4	0	234	500	-266	0	23	50	-27
<b>Traitement</b>	<b>TR</b>					<b>10'851</b>	<b>140'771</b>	<b>147'881</b>	<b>-7'110</b>
<b>Total</b>						<b>32'447</b>	<b>474'166</b>	<b>462'882</b>	<b>11'283</b>

## Prestations demandées

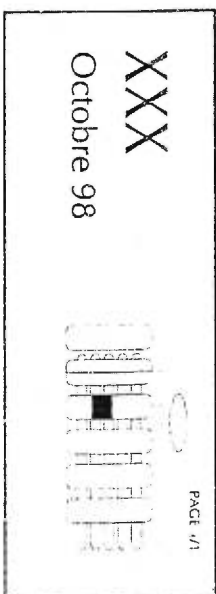
PRESTATIONS (DÉTAIL)	QUANTITÉ (POINTS)			MONTANT (FRANCS)					
	du mois	réelle cumulée	budgetée cumulée	du mois	réel cumulé	budgeté cumulé	écart cumulé		
Autres actes EP1	EP1	6'191	93'038	75'803	17'235	399	6'827	4'888	1'939
Méthrosexale	EP1	0	0	1'666	-1'666	0	0	1'326	-1'326
Potassium	EP1	1'228	18'672	18'067	605	77	1'167	1'129	38
Sodium	EP1	1'224	18'432	17'787	645	77	1'152	1'112	40
Autres actes EP2	EP2	365	6'495	6'021	474	190	2'675	3'131	-456
aPTT	EP3	1'464	16'304	10'974	5'330	151	1'681	1'132	550
Autres actes EP3	EP3	4'792	62'795	62'351	444	540	7'019	5'713	1'306
Formule sanguine simple	EP3	0	0	14'017	-14'017	0	0	1'402	-1'402
Hémogramme II (automatisé)	EP3	2'153	26'535	14'475	12'060	215	2'654	1'448	1'206
Temps de thromboplastine partiel	EP3	0	0	25'926	-25'926	0	0	2'653	-2'653
Autres actes EP5	EP5	4'276	80'507	84'721	-4'214	294	6'377	6'515	-138
Autres actes EP6	EP6	138	1'966	2'469	-503	138	1'966	2'469	-503
Biopsie / excision d'un organe	EP6	177	1'914	2'213	-299	177	1'914	2'213	-299
Coloration autre que hématologique	EP6	98	981	1'505	-524	98	981	1'505	-524
Diagnostic de difficulté moyenne	EP6	200	1'568	1'980	-412	200	1'568	1'980	-112
Diagnostic difficile	EP6	599	7'800	9'740	-1'940	599	7'800	9'740	-1'940
Ectomie totale ou radicale	EP6	126	1'818	1'568	251	126	1'818	1'568	251
Extensoriales & entrobages	EP6	15	774	1'115	-341	15	774	1'115	-341
Autres actes EP7	EP7	131	3'703	2'767	936	16	446	318	128
Buanderie	LO1	490	6'119	6'611	-492	4'900	61'190	66'108	-4'918
Repas	LO2	488	5'870	6'445	-575	7'320	88'050	96'675	-8'625
Abdomen, cliché	RA1	96	2'656	5'389	-2'733	18	505	1'024	-519
Autres actes RA1	RA1	1'335	11'082	18'369	-7'287	254	2'106	3'490	-1'385
Colonne cervicale, cliché	RA1	195	4'316	11'159	-6'843	37	820	2'120	-1'300
Crâne, cliché	RA1	648	5'832	8'075	-2'243	123	1'108	1'534	-426
OPG, cliché	RA1	698	5'760	7'500	-1'740	133	1'094	1'425	-331
Thorax, cliché	RA1	2'484	29'566	34'337	-4'769	472	5'616	6'524	-906
Autres actes RA2	RA2	19	766	1'202	-436	4	146	228	-83
Autres actes RA3	RA3	2'137	19'304	22'472	-3'168	406	3'668	4'770	-602
Autres actes SO1	SO1	0	162'384	79'514	82'870	0	0	0	0
Soins intensifs BRU	SO2	0	9'641	82'119	-72'478	0	443	3'777	-3'334
Soins intensifs SIC	SO2	2'188	198'853	187'953	10'900	101	9'147	8'646	501
Soins intensifs SIP	SO2	7'177	340'880	495'457	445'423	330	43'280	22'791	20'489
Autres actes SO3	SO3	149'008	1'559'784	1'821'012	-261'228	0	933	146	787

## Prestations demandées

PRESTATIONS (DÉTAIL)	QUANTITÉ (POINTS)				MONTANT (FRANCS)				
	du mois	réelle cumulée	budgetée cumulée	écart cumulé	du mois	réel cumulé	budgetée cumulée	écart cumulé	
<b>suite de l'unité de personnel XXXD</b>									
Soins continus ENF	503	3'671	283'775	62'613	221'162	169	13'054	2'880	10'173
Autres actes SO4	504	356'308	4'518'747	5'539'068	-1'020'321	13	695	1'202	-978
Soins ordinaires DER	504	0	68'545	89'813	-21'268	0	3'153	4'131	-978
Soins ordinaires ENF	504	73'093	687'781	451'632	236'149	3'362	31'638	20'775	10'863
Anesthésie	IR1	8'398	105'579	116'740	-11'161	5'878	73'905	81'718	-7'813
Opération	IR2	9'125	113'364	125'315	-11'951	3'650	45'346	50'125	-4'780
Assistance respiratoire avec appareil (Bird)	IR3	0	0	4'085	-4'085	0	0	1'838	-1'838
Assistance respiratoire avec appareil (O2)	IR3	568	9'516	2'470	7'046	256	4'282	1'112	3'171
Autres actes TR3	TR3	96	588	819	-231	43	265	368	-104
Traitement individuel > 45 mn	TR3	920	20'720	13'167	7'553	414	9'324	5'925	3'399
Traitement individuel 16-25 mn	TR3	180	2'200	2'341	-141	81	990	1'053	-63
Traitement individuel 26-35 mn	TR3	265	2'700	3'102	-402	119	1'215	1'396	-181
Traitement individuel 36-45 mn	TR3	180	3'636	2'450	1'186	81	1'636	1'103	534
Autres actes TR4	TR4	0	234	500	-266	0	23	50	-27
<b>Direction XXX</b>	<b>XXXXD</b>								
Autres actes STT	511	12'181	151'031	27'710	123'321	526	10'072	2'118	7'953
Chirurgie générale	511	3'076	130'418	191'791	-61'373	445	10'695	14'368	-3'672
Médecine interne A	511	0	28'997	17'254	11'743	0	1'911	1'201	711
Soins intensifs de médecine	511	0	18'000	26'060	-8'060	0	1'034	1'403	-369
<b>Sous-traitance</b>	<b>UMST</b>								
<b>Total</b>		<b>32'447</b>	<b>474'166</b>	<b>462'882</b>	<b>11'284</b>				

# SERVICE XXX

## Enveloppe



NATURE DES REVENUS	MONTANTS DU MOIS (FRANCS)				MONTANTS CUMULÉS (FRANCS)			
	réels	budgétés	écart	réels	budgétés	écart		
Enveloppe fixe	100	654'693	0	6'546'934	6'546'934	0		
<b>Enveloppe fixe</b>	<b>1</b>	<b>654'693</b>	<b>0</b>	<b>6'546'934</b>	<b>6'546'934</b>	<b>0</b>		
Enveloppe par affection	200	62'789	-8'398	702'609	711'869	-9'260		
Enveloppe par prestations fournies	210	1'733	-963	17'385	26'960	-9'575		
Enveloppe pour les cas extrêmes	220	1'494	-7'367	43'447	88'613	-45'166		
Enveloppe pour les prothèses et les implants	210	500	-3'167	15'000	36'667	-21'667		
Enveloppe pour les médicaments	240	49'767	0	497'667	497'667	0		
Enveloppe pour les hospitalisations d'un jour	250	5'280	-160	48'304	54'400	-6'097		
<b>Enveloppe variable</b>	<b>2</b>	<b>121'563</b>	<b>-20'054</b>	<b>1'324'491</b>	<b>1'416'176</b>	<b>-91'685</b>		
<b>Enveloppe</b>		<b>776'257</b>	<b>-20'054</b>	<b>7'871'425</b>	<b>7'963'109</b>	<b>-91'685</b>		

# SERVICE XXX

## Revenus hors enveloppe

XXX  
Octobre 98

PAGE 1/3

NATURE DES REVENUS (SYNTHÈSE)	REVENUS CUMULÉS (FRANCS)		CONTRÔLE BUDGÉTAIRE (FRANCS)		soïde				
	réels externes	réels internes	réels totaux	réelles cumulées		budgeté cumulé	écart cumulé	budget annuel	
Autres prestations médicales (A)	444		89'968	89'973	22'733	67'240	22'280	-62'693	
Prestations spécialisées (A)	445		127'564	127'564	12'400	115'164	14'880	-1'12'684	
<b>Revenus de l'activité ambulatoire</b>	<b>44</b>		<b>217'532</b>	<b>217'537</b>	<b>35'133</b>	<b>182'404</b>	<b>42'160</b>	<b>-175'377</b>	
Mandats et études	465		10'385	10'385	18'667	-8'282	22'400	12'015	
Prestations hôtelières liées aux activités principales	467		1'638	1'638	0	1'638	0	-1'638	
<b>Autres prestations à la clientèle</b>	<b>46</b>		<b>12'023</b>	<b>12'023</b>	<b>18'667</b>	<b>-6'644</b>	<b>22'400</b>	<b>10'377</b>	
Autres prestations liées aux activités accessoires	472		*	27'722	27'722	22'583	5'139	22'100	-6'22
<b>Prestations des activités accessoires</b>	<b>47</b>		<b>0</b>	<b>27'722</b>	<b>27'722</b>	<b>22'583</b>	<b>5'139</b>	<b>22'100</b>	<b>-6'22</b>
<b>Exploitation</b>			<b>229'555</b>	<b>37'727</b>	<b>257'282</b>	<b>76'383</b>	<b>180'899</b>	<b>91'660</b>	<b>-155'622</b>

## Revenus

NATURE DES REVENUS (DÉTAIL)	REVENUS CUMULÉS (FRANCS)		CONTRÔLE BUDGÉTAIRE (FRANCS)					solde
	réels externes	réels internes	réels totaux	réelles cumulées	budgété cumulé	écart cumulé	budget annuel	
Médicaments (A)	44400	5	12'256	19'316	8'667	10'649	10'400	-8'916
Autres biens médicaux (A)	44409	-	7'055					
Analyses de laboratoire externes relacturées (A)	44585	-	2'185	2'185	12'400	-10'215	14'880	12'695
<b>Consultations</b>	<b>XXX7</b>	<b>5</b>	<b>21'496</b>	<b>21'501</b>	<b>21'067</b>	<b>434</b>	<b>25'280</b>	<b>3'779</b>
Médicaments (A)	44400	-	682	751	0	751	0	-751
Autres biens médicaux (A)	44409	-	69					
<b>Urgences</b>	<b>XXX2</b>	<b>0</b>	<b>751</b>	<b>751</b>	<b>0</b>	<b>751</b>	<b>0</b>	<b>-751</b>
Autres biens médicaux (A)	44409	-	5'018	5'018	0	5'018	0	-5'018
<b>Endoscopies</b>	<b>XXX3</b>	<b>0</b>	<b>5'018</b>	<b>5'018</b>	<b>0</b>	<b>5'018</b>	<b>0</b>	<b>-5'018</b>
Médicaments (A)	44400	-	1'442	59'522	10'733	48'788	12'880	-46'642
Autres biens médicaux (A)	44409	-	58'080					
Analyses de laboratoire externes relacturées (A)	44585	-	125'347	125'347	0	125'347	0	-125'347
Rapports et expertises médicaux de puissance publique	46507	-	50	50	83	-34	100	51
<b>Explorations</b>	<b>XXX4</b>	<b>0</b>	<b>184'918</b>	<b>184'918</b>	<b>10'817</b>	<b>174'101</b>	<b>12'980</b>	<b>-171'938</b>
Autres biens médicaux (A)	44409	-	32	32	0	32	0	-32
<b>Bloc opératoire</b>	<b>XXX5</b>	<b>0</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>0</b>	<b>32</b>	<b>0</b>	<b>-32</b>
Médicaments (A)	44400	-	733	733	0	733	0	-733
<b>Jardin d'enfants malentendants</b>	<b>XXX9</b>	<b>0</b>	<b>733</b>	<b>733</b>	<b>0</b>	<b>733</b>	<b>0</b>	<b>-733</b>
Autres prestations médicales (A)	444	-	-	0	3'333	-3'333	4'000	4'000
Rapports et expertises médicaux de puissance publique	46507	-	4'712	4'712	5'583	-8'71	6'700	1'988
<b>Direction</b>	<b>XXXD</b>	<b>0</b>	<b>4'712</b>	<b>4'712</b>	<b>8'917</b>	<b>-4'204</b>	<b>10'700</b>	<b>5'988</b>
Médicaments (A)	44400	-	64	64	0	4'361	0	-4'361
Autres biens médicaux (A)	44409	-	4'297	4'297	0	4'361	0	-4'361
Analyses de laboratoire externes relacturées (A)	44585	-	32	32	0	32	0	-32



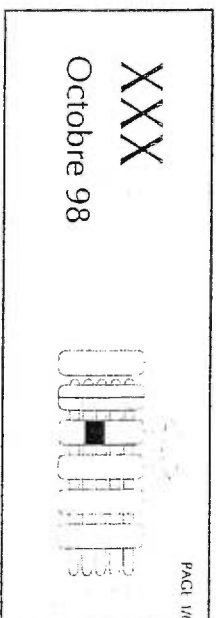
## Revenus

PAGE 3/3

NATURE DES REVENUS (DÉTAIL)	REVENUS CUMULÉS (FRANCS)			CONTRÔLE BUDGÉTAIRE (FRANCS)			solde	
	réels externes	réels internes	réels totaux	réelles cumulées	budgeté cumulé	écart cumulé		budget annuel
Rapports et expertises médicaux de puissance publique	46507	5'623	5'623	5'623	13'000	-7'377	15'600	9'977
Suppléments pour chambre 1/2 lits	46700	150	150	1'638	0	1'638	0	-1'638
Autres prestations hospitalières aux patients	46709	1'488	1'488	27'722	22'583	5'139	27'100	-622
Autres prest. à la clientèle liées aux activités accessoires	47900	-	27'722	27'722	35'583	3'793	42'700	3'324
<b>Hospitalisation</b>	<b>XXXXH</b>	<b>11'654</b>	<b>27'722</b>	<b>39'376</b>	<b>35'583</b>	<b>3'793</b>	<b>42'700</b>	<b>3'324</b>
Médicaments (A)	44400	241	241	241	0	241	0	-241
Oto-neurologie	XXXXN	241	241	241	0	241	0	-241
<b>Exploitation</b>	<b>229'555</b>	<b>27'727</b>	<b>257'282</b>	<b>257'282</b>	<b>76'383</b>	<b>180'899</b>	<b>91'660</b>	<b>-165'622</b>

# SERVICE XXX

## Profil des patients



### NATURE DES AFFECTIIONS PAR UNITÉ

- Craniotomie, > 17 ans, sauf pour traumatisme
- Op. vasculaires extracraniennes
- Op. sur nerfs périph. & craniens, autres op. syst. nerveux, avec cc
- Op. sur nerfs périph. craniens, autres op. syst. nerveux, sans cc
- Autre aff. du système nerveux, avec cc maj.
- Aff. des nerfs craniens et périph., avec cc
- Epilepsie, convulsion et cephalées, > 17 ans, avec cc
- Epilepsie, convulsion et cephalées, > 17 ans, sans cc
- Autres aff. du système nerveux, sans cc
- Stupéur et coma traumatiques, < 1 hr, < 18 ans
- Stupéur et coma traumatiques, coma < 1 hr, > 17 ans, sans cc
- Op. sur l'oeil, avec cc maj.
- Op. sur l'orbite
- Op. extraoculaires sauf sur l'orbite, > 17 ans
- Op. extraoculaires sauf sur l'orbite, < 18 ans
- Infections aiguës maj. de l'oeil
- Autres aff. de l'oeil, > 17 ans, avec cc
- Autres aff. de l'oeil, > 17 ans, sans cc
- Autres aff. de l'oeil, < 18 ans
- Op. maj. de la tête et du cou pour aff. malignes
- Op. maj. sur la tête et le cou, sauf pour aff. malignes
- Autres op. de nez, gorge, oreille et bouche, avec cc maj.
- Palatoplastie et réparation de lèvre labiale et palatine
- Myringotomie avec insertion de drain, > 17 ans
- Myringotomie avec insertion de drain, < 18 ans
- Op. des amygdales et des végétations adénoïdes, > 17 ans
- Op. des amygdales et des végétations adénoïdes, < 18 ans
- Op. sur la bouche, avec cc

	FRÉQUENCE			MONTANT ( Kfrs)				
	réelle cumulée	dont cas extrêmes	budgetée cumulée	écart cumulé	réel cumulé	surcoût extrême	budgeté cumulé	écart cumulé
0001	0	0	0	0	0	0	1	-1
0005	0	0	1	-1	0	0	1	-1
0007	1	1	0	1	0	2	0	0
0008	4	0	3	1	2	0	1	1
0313	0	0	0	0	0	0	1	-1
0018	0	0	0	0	0	0	0	0
0024	0	0	0	0	0	0	0	0
0025	1	0	1	0	0	0	0	0
0035	1	0	3	-2	0	0	1	-1
0763	0	0	1	-1	0	0	0	0
0767	2	0	0	2	1	0	0	1
0534	0	0	0	0	0	0	0	0
0037	5	0	15	-10	1	0	3	-2
0040	1	0	0	1	0	0	0	0
0041	0	0	0	0	0	0	0	0
0044	1	0	0	1	1	0	0	1
0846	2	0	0	2	1	0	0	1
0047	3	0	1	2	1	0	0	1
0048	0	0	0	0	0	0	0	0
0786	18	0	23	-5	51	0	65	-14
0049	5	0	5	0	3	0	3	0
0516	8	0	10	-2	11	0	15	-4
0052	0	0	2	-2	0	0	1	-1
0061	1	0	0	1	1	0	0	1
0062	2	0	4	-2	1	0	1	3
0057	1	0	12	-11	0	0	4	-4
0058	0	0	5	-5	0	0	1	-1
0168	1	0	4	-3	1	0	2	-1

## Profil des patients

NATURE DES AFFECTIONS PAR UNITÉ	suite du service XXX	FRÉQUENCE				MONTANT ( KfFs)					
		réelle cumulée	dont cas extrêmes	budgétée cumulée	écart cumulé	réel cumulé	surcoût extrême	budgétée cumulée	écart cumulé		
Op. sur la bouche, sans cc	0169	14	1	13	1	8	4	7	1		
Stalodectomie	0050	7	0	18	-11	4	0	9	-5		
Op. sur les sinus et la mastoïde, > 17 ans	0053	29	1	31	-2	20	4	21	-1		
Op. sur les sinus et la mastoïde, < 18 ans	0054	6	0	4	2	3	0	2	1		
Diverses op. sur les oreilles, le nez, la bouche et la gorge	0055	22	1	44	-22	7	4	13	-6		
Rhinoplastie	0056	1	0	4	-3	0	0	1	-1		
Adénoïdectomie et/ou amygdaléctomie seule, > 17 ans	0059	20	0	33	-13	6	0	10	-4		
Adénoïdectomie et/ou amygdaléctomie seule, < 18 ans	0060	20	0	19	1	7	0	6	1		
Autres op. sur les oreilles, le nez, la bouche et la gorge	0063	48	1	73	-25	20	3	31	-11		
Aff. ORL et de la bouche, > 17 ans, avec cc maj.	0586	8	0	4	4	9	0	4	5		
Aff. ORL et de la bouche, < 18 ans, avec cc maj.	0587	3	0	0	3	3	0	0	3		
Aff. malignes d'oreille, nez, bouche, et gorge	0064	70	2	89	-19	30	6	38	-8		
Troubles de l'équilibre	0065	9	0	7	2	3	0	2	1		
Epistaxis	0066	9	0	7	2	4	0	2	2		
Épiglottite	0067	2	0	4	-2	1	0	2	-1		
Otite moyenne, infection des voies resp. hautes, >17 ans, avec cc	0068	5	1	4	1	3	3	2	1		
Otite moyenne, infection des voies resp. hautes, >17 ans, sans cc	0069	30	0	28	2	6	0	5	1		
Otite moyenne, infection des voies resp. hautes, <18 ans	0070	2	0	3	-1	1	0	0	1		
Laryngotrachéite	0071	0	0	0	0	0	0	0	0		
Traumatisme et déformation du nez	0072	0	0	3	-3	0	0	1	-1		
Autres aff. d'oreille, nez, bouche, gorge, > 17 ans	0073	19	0	17	2	6	0	5	1		
Autres aff. d'oreille, nez, bouche, gorge, < 18 ans	0074	7	0	10	-3	1	0	2	-1		
Extractions et restaurations dentaires	0187	1	0	2	-1	0	0	0	0		
Aff. dentaires et orales sauf extractions et restaurations, > 17 ans	0185	20	0	26	-6	4	0	5	-1		
Aff. dentaires et orales sauf extractions et restaurations, < 18 ans	0186	7	0	3	4	2	0	0	2		
Op. thoraciques maj., avec cc maj.	0516	2	0	0	2	7	0	0	7		
Op. maj. au niveau du thorax	0675	5	0	5	0	7	0	7	0		
Autres op. sur système respiratoire, avec cc	0076	1	0	2	-1	1	0	1	0		
Autres op. sur système respiratoire, sans cc	0677	1	0	2	-1	1	0	1	0		
Aff. resp., sauf infections, bronchite, asthme, avec cc maj.	0541	4	0	4	0	5	0	5	0		
Bronchite, asthme, avec cc maj.	0542	0	0	1	-1	0	0	0	0		
Infections et inflammations resp., < 18 ans, sans cc	0771	1	0	0	1	1	0	0	1		
Aff. malignes du système respiratoire	0082	24	0	19	5	13	0	10	3		

## Profil des patients

## NATURE DES AFFECTIONS PAR UNITÉ

suite du service XXX

Mal. pulmonaire obstructive chronique
Pneumonie simple et pleurésie, > 17 ans, sans cc
Bronchite et asthme, > 17 ans, avec cc
Bronchite et asthme, > 17 ans, sans cc
Bronchite et asthme, < 18 ans, sans cc
Symptômes et signes resp., sans cc
Autres diag. du système respiratoire, avec cc
Autres diag. du système respiratoire, sans cc
Arrêt cardiaque non expliqué
Aff. vasculaires périph., avec cc
Aff. vasculaires périph., sans cc
Hypertension
Aff. valvulaires et cardiaques cong., < 18 ans
Angine de poitrine
Op. gastro-intestinales maj., avec cc maj.
Op. sur l'oesophage, l'estomac et le duodenum, > 17 ans, avec cc
Op. sur oesophage, estomac et duodenum, > 17 ans, sans cc
Oesophagite, gastroentérite, ulcères non compliqué, avec cc maj.
Autres aff. digestives, avec cc maj.
Aff. malignes du tube digestif, avec cc
Aff. malignes du tube digestif, sans cc
Hémorragie gastro-intestinale, sans cc
Oeso-, gastro-entérite et aff. dig. diverses, > 17 ans, avec cc
Oeso-, gastro-entérite et aff. dig. diverses, > 17 ans, sans cc
Oesophagite, gastroentérite, aff. dig. diverses, < 18 ans, sans cc
Autres diag. du système digestif, > 17 ans, avec cc
Autres diag. du système digestif, > 17 ans, sans cc
Op. non maj. sur le système musc.-squel., avec cc maj.
Débridement et greffe cut., sauf de la main et plaie ouverte
Excision locale et AMO sauf de la hanche et du fémur
Op. des tissus mous, sans cc
Autres op. du système musc.-squel. et du tissu conjonctif, avec cc
Autres op. du système musc.-squel. et du tissu conjonctif, sans cc

## FRÉQUENCE

## MONTANT (K€rs)

	réelle cumulée	dont cas extrêmes	budgetée cumulée	écart cumulé	réel cumulé	surcoût extrême	budgetée cumulée	écart cumulé
0888	1	0	0	1	1	0	0	1
0890	1	0	0	1	0	0	0	0
0896	1	0	0	1	0	0	0	0
0897	5	0	4	1	1	0	1	0
0775	0	0	0	0	0	0	0	0
0100	1	0	1	0	2	0	0	0
0101	2	0	2	0	2	0	2	0
0102	3	0	5	-2	1	0	1	0
0129	1	1	0	1	0	2	0	0
0110	0	0	0	0	0	0	0	0
0111	5	0	0	5	3	0	0	3
0114	0	0	1	-1	0	0	0	0
0137	0	0	0	0	0	0	0	0
0140	0	0	0	0	0	0	0	0
0505	1	0	0	1	3	0	0	3
0154	1	0	1	0	2	0	0	-1
0155	3	0	4	-1	3	0	4	-1
0551	1	0	0	1	1	0	0	1
0552	3	0	3	0	3	0	3	0
0172	11	0	13	-2	5	0	5	0
0173	14	0	8	6	5	0	2	3
0175	2	0	0	2	1	0	0	1
0182	3	0	1	2	1	0	0	1
0183	3	0	8	-5	1	0	2	-1
0777	2	0	0	2	1	0	0	1
0488	1	0	0	1	1	0	0	1
0189	2	0	7	-5	1	0	2	-1
0579	1	0	0	1	2	0	0	2
0217	1	0	0	1	3	0	0	3
0231	7	0	15	-8	2	0	5	-3
0227	1	0	0	1	1	0	0	1
0233	0	0	2	-2	0	0	3	-3
0234	12	0	6	6	12	0	6	5

Profil des patients

NATURE DES AFFECTIONS PAR UNITÉ

suite du service XXX

Autres aff. muscul.-squel., avec cc maj.	0560
Fx de la hanche et du bassin	0231e
Ostéomyélite	0238
Fx path. et aff. malignes du t. conj. et du syst. muscul.-squel.	0239
Problèmes médicaux de dos	0243
Tendinite, myosite et bursite	0248
Surveillance pour pathologie muscul.-squel. et du tissu conjonctif	0249
Autres diag. du système muscul.-squel. et du tissu conjonctif	0256
Op. sur la peau et les seins, avec cc maj.	0564
Graiee cutanée &/ou débridement saut d'ulcère et cellulite, avec cc	0265
Graiee cutanée &/ou débridement saut d'ulcère et cellulite, sans cc	0266
Chirurgie plastique de peau, de tissu sous-cutané et du sein	0268
Autres op. de peau, de tissu sous-cutané, de sein, avec cc	0269
Autres op. de peau, de tissu sous-cutané, du sein, sans cc	0270
Autres aff. de peau, avec cc maj.	0563
Aff. malignes du sein, avec cc	0274
Aff. du sein, saut aff. malignes	0276
Cellulite, > 17 ans, sans cc	0278
Cellulite, < 18 ans	0279
Traumatisme de la peau, du t. sous-cut., du sein, > 17 ans, avec cc	0280
Traumatisme de la peau, du t. sous-cut., du sein, > 17 ans, sans cc	0281
Aff. min. de la peau, sans cc	0284
Op. des parathyroïdes	0289
Op. de la thyroïde	0290
Op. du canal thyroïdienne	0291
Aff. nutritionnelles et du métabolisme, > 17 ans, avec cc	0296
Aff. endocriniennes, sans cc	0301
Autres op. chir. sur le sang et les organes hématopoïétiques	0304
Aff. du sang, des org. hématopoïétiques & immunit., avec cc maj.	0571
Troubles de la coagulation	0397
Mal. du système réticulo-endothélial et immunitaire, sans cc	0398
Op. pour lymphome, leucémie, aff. myéloproliférative, avec cc maj.	0572
Lymphome, leucémie non aiguë, avec cc maj.	0578

FRÉQUENCE

MONTANT ( KfFs)

	réelle cumulée	dont cas extrêmes	budgetée cumulée	écart cumulé	réel cumulé	surcoût extrême	budgetée cumulée	écart cumulé
Autres aff. muscul.-squel., avec cc maj.	0	0	0	0	0	0	1	-1
Fx de la hanche et du bassin	1	0	0	1	1	0	0	1
Ostéomyélite	0	0	0	0	0	0	0	0
Fx path. et aff. malignes du t. conj. et du syst. muscul.-squel.	0	0	2	-2	0	0	1	-1
Problèmes médicaux de dos	0	0	0	0	0	0	0	0
Tendinite, myosite et bursite	0	0	0	0	0	0	0	0
Surveillance pour pathologie muscul.-squel. et du tissu conjonctif	1	0	0	1	0	0	0	0
Autres diag. du système muscul.-squel. et du tissu conjonctif	3	0	0	3	2	0	0	2
Op. sur la peau et les seins, avec cc maj.	2	0	0	2	4	0	0	4
Graiee cutanée &/ou débridement saut d'ulcère et cellulite, avec cc	3	0	0	3	7	0	0	7
Graiee cutanée &/ou débridement saut d'ulcère et cellulite, sans cc	4	0	4	0	2	0	2	0
Chirurgie plastique de peau, de tissu sous-cutané et du sein	9	0	0	9	4	0	0	4
Autres op. de peau, de tissu sous-cutané, de sein, avec cc	1	0	0	1	2	0	0	2
Autres op. de peau, de tissu sous-cutané, du sein, sans cc	6	0	5	1	4	0	3	1
Autres aff. de peau, avec cc maj.	0	0	0	0	0	0	0	0
Aff. malignes du sein, avec cc	0	0	0	0	0	0	0	0
Aff. du sein, saut aff. malignes	1	0	0	1	0	0	0	0
Cellulite, > 17 ans, sans cc	9	0	10	-1	3	0	3	0
Cellulite, < 18 ans	1	0	0	1	0	0	0	0
Traumatisme de la peau, du t. sous-cut., du sein, > 17 ans, avec cc	0	0	0	0	0	0	0	0
Traumatisme de la peau, du t. sous-cut., du sein, > 17 ans, sans cc	1	0	2	-1	0	0	0	0
Aff. min. de la peau, sans cc	3	0	1	2	2	0	1	1
Op. des parathyroïdes	0	0	0	0	0	0	0	0
Op. de la thyroïde	2	1	1	1	1	4	0	1
Op. du canal thyroïdienne	0	0	1	-1	0	0	0	0
Aff. nutritionnelles et du métabolisme, > 17 ans, avec cc	0	0	1	-1	0	0	1	-1
Aff. endocriniennes, sans cc	2	0	0	2	1	0	0	1
Autres op. chir. sur le sang et les organes hématopoïétiques	4	0	4	0	3	0	3	0
Aff. du sang, des org. hématopoïétiques & immunit., avec cc maj.	1	0	0	1	2	0	1	1
Troubles de la coagulation	1	0	0	1	0	0	0	0
Mal. du système réticulo-endothélial et immunitaire, sans cc	6	0	6	0	3	0	3	0
Op. pour lymphome, leucémie, aff. myéloproliférative, avec cc maj.	2	0	1	1	4	0	3	1
Lymphome, leucémie non aiguë, avec cc maj.	1	0	0	1	2	0	0	2

Profil des patients

NATURE DES AFFECTIONS PAR UNITÉ	suite du service XXX	FRÉQUENCE				MONTANT ( Kfrs)			
		réelle cumulée	dont cas extrêmes	budgétée cumulée	écart cumulé	réel cumulé	surcoût extrême	budgétée cumulée	écart cumulé
Lymphome, leucémie non aiguë avec autres op., avec cc		0401	1	0	0	1	0	1	0
Lymphome, leucémie non aiguë avec autres op., sans cc		0402	2	0	1	1	0	0	1
Lymphome, leucémie non aiguë, avec cc		0403	0	0	1	-1	0	1	-1
Lymphome, leucémie non aiguë, sans cc		0404	2	0	3	-1	1	1	0
Mal. myéloprolifératives, tumeurs peu diff. avec op. maj., avec cc		0406	1	0	0	1	1	0	1
Mal. myéloprolifératives, tumeurs peu diff. avec op. maj., sans cc		0407	1	0	0	1	2	0	2
Mal. myéloprolifératives, tumeurs peu diff., avec autres op.		0408	0	0	0	0	0	0	0
Radiothérapie		0409	1	0	1	0	0	0	0
Chimiothérapie		0410	3	0	8	-5	1	2	-1
Antécédents d'aff. malignes, avec endoscopie		0412	0	0	0	0	0	0	0
Autres mal. myéloprolifératives ou aff. malignes peu diff., avec cc		0413	0	0	0	0	0	0	0
Op. pour infections systémiques & parasitoses, avec cc maj.		0581	0	0	1	-1	0	4	-4
Infections systémiques & parasitoses, sauf septicémie, avec cc maj.		0580	0	0	0	0	0	0	0
Infections postopératoires et posttraumatiques		0418	1	0	0	1	0	0	0
Infection virale, > 17 ans		0421	2	0	2	0	1	1	0
Mal. virale, fièvre d'origine inconnue, < 18 ans		0422	2	0	0	2	1	0	1
Op. pour traumatismes sauf polytraumatismes, avec cc maj.		0583	0	0	1	-1	0	9	-9
Greffes cutanées pour traumatisme		0439	1	0	2	-1	1	2	-1
Autres op. chir. pour traumatisme, avec cc		0412	1	0	0	1	2	0	2
Autres op. chir. pour traumatisme, sans cc		0413	12	0	9	3	8	6	2
Traumatisme multiple ou de site non spécifié, > 17 ans, sans cc		0415	1	0	0	1	0	0	0
Réactions allergiques, > 17 ans		0417	2	0	1	1	1	0	1
Empoisonnement, effets toxiques de médicament, > 17 ans, sans cc		0450	2	0	0	2	0	0	0
Complications de traitement, avec cc		0452	3	0	1	2	3	1	2
Complications de traitement, sans cc		0453	5	0	6	-1	2	2	0
Brûlures non étendues sans op. chir.		0460	0	0	0	0	0	0	0
Op. chir. pour autre contact avec services de santé		0461	10	0	4	6	7	2	5
Signes et symptômes, avec cc		0463	0	0	0	0	0	0	0
Signes et symptômes, sans cc		0464	0	0	0	0	0	0	0
Surveill. avec antécédents d'aff. malignes comme diag. secondaire		0465	1	0	0	1	0	0	0
Surveill. sans antécédents d'aff. malignes comme diag. secondaire		0466	5	0	4	1	1	1	0
Autres facteurs influençant l'état de santé		0467	4	0	6	-2	1	1	0
Autre op. pour polytraumatisme grave		0732	1	0	0	1	2	0	2

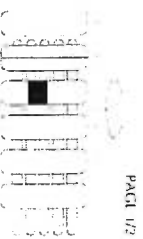
## Profil des patients

NATURE DES AFFECTIONS PAR UNITÉ	FRÉQUENCE				MONTANT ( KFrS)				
	réelle cumulée	dont cas extrêmes	budgétée cumulée	écart cumulé	réel cumulé	surcoût extrême	budgétée cumulée	écart cumulé	
Trachéostomie pour autres aff.	0483	5	0	8	-3	23	0	37	-14
Op. chir. importantes sans relation avec le diag. principal	0468	35	1	29	6	43	9	35	8
Op. moins importantes non liées au diag. principal	0477	0	0	10	-10	0	0	7	-7
Séjour non groupable ou sans code diagnostc	0470	179	0	18	161	135	0	13	122
<b>Direction XXX</b>	<b>XXXX</b>	<b>925</b>	<b>11</b>	<b>943</b>	<b>-18</b>	<b>703</b>	<b>43</b>	<b>712</b>	<b>-9</b>

suite du service XXX

# SERVICE XXX

## Flux de patients



XXXX  
Octobre 98

UNITÉS	ENTRÉES				SORTIES			
	du mois	cumulées en 1998	cumulées en 1997	écart cumulé	du mois	cumulées en 1998	cumulées en 1997	écart cumulé
Centre des brûlés - chirurgie plastique	0	2	5	-3	0	1	10	-9
Hospitalisation de jour de la chirurgie ambulatoire	3	7	14	-7	0	0	0	0
Unité hébergeante de chirurgie cardio-vasculaire	0	0	0	0	1	1	0	1
Unité hébergeante de chirurgie générale - Nord	0	5	5	0	0	2	5	-3
Unité hébergeante de chirurgie pédiatrique	0	0	1	-1	0	0	0	0
Unité hébergeante de chirurgie générale - Sud	0	4	5	-1	2	3	1	2
Congé	11	103	122	-19	13	101	122	-21
Unité hébergeante de chirurgie plastique	0	1	0	1	1	1	1	0
Investigations de médecine interne	1	1	2	-1	1	1	1	0
Maladies contagieuses	0	0	0	0	0	1	1	0
Unité hébergeante de dermatologie	0	1	1	0	0	4	2	2
Hôpital de jour	16	131	224	-93	9	82	184	-102
Hébergement des patients	0	0	0	0	0	1	0	1
Unité hébergeante de médecine A	0	2	2	0	0	3	1	2
Unité hébergeante de médecine B	2	10	3	7	0	0	3	-3
Unité hébergeante de neurochirurgie	0	3	4	-1	0	3	3	0
Unité hébergeante de neurologie	0	0	0	0	0	0	2	-2
Unité hébergeante d'orthopédie - Sud	0	1	1	0	0	0	0	0
Unité hébergeante de rhumatologie	0	1	2	-1	0	0	1	-1
Unité hébergeante de chirurgie septique	0	4	3	1	0	4	3	1
Hospitalisation des soins intensifs de chirurgie	2	13	21	-8	0	10	21	-11
Hospitalisation des soins intensifs de médecine	0	1	5	-4	0	1	4	-3
Domicile	54	527	655	-128	73	728	822	-94
Cevey-Sylvana	0	0	1	-1	1	7	6	1
Etablissement psychiatrique vaudois conventionné	0	0	0	0	0	3	3	0
Hôpital vaudois	0	10	11	-1	4	28	35	-7
Etablissement médico-social vaudois conventionné	0	5	7	-2	3	15	13	2
Autre établissement vaudois	2	10	2	7	1	2	2	0

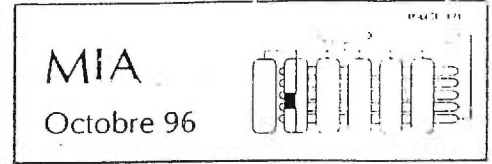


## Flux de patients

UNITÉS	ENTRÉES				SORTIES				
	du mois	cumulées en 1998	cumulées en 1997	écart cumulé	du mois	cumulées en 1998	cumulées en 1997	écart cumulé	
suite de l'unité médicale ORIH									
Etablissement hors canton	ETHC	1	7	5	2	1	8	15	-7
Naissance ou décès	NADE	0	0	0	0	2	15	17	-2
Patient présent en début ou en fin d'exercice	PRE5	16	11	9	2	11	11	20	-9
<b>Hospitalisation XXX</b>	<b>XXXH</b>	<b>117</b>	<b>1'032</b>	<b>1'302</b>	<b>-270</b>	<b>117</b>	<b>1'032</b>	<b>1'302</b>	<b>-270</b>
Unité médicale de la cardiologie	CARD	1	1	0	1	2	2	0	2
Unité médicale de chirurgie générale	CHGD	1	11	10	1	1	9	9	0
Unité médicale de chirurgie pédiatrique	CHPD	0	8	4	4	0	5	1	4
Unité médicale du centre pluridisciplinaire d'oncologie	CPOD	0	0	3	-3	0	3	1	2
Unité médicale de la chirurgie plastique	CPRD	0	1	0	1	1	1	0	1
Unité médicale de médecine interne	DMID	0	0	3	-3	0	0	0	0
Unité médicale de gastro-entérologie	GLGD	0	1	2	-1	0	0	0	0
Unité médicale de médecine A	AMAD	0	1	2	-1	0	2	1	1
Unité médicale de médecine B	AMBD	1	6	0	6	0	0	4	-4
Unité médicale des maladies infectieuses	AMID	0	0	0	0	0	1	0	1
Unité médicale de neuro-chirurgie	NCHD	0	5	5	0	0	4	5	-1
Unité médicale de neurologie	NLCD	0	0	0	0	0	0	2	-2
Unité médicale d'orthopédie	ORPD	0	0	2	-2	0	0	1	-1
Unité médicale de la pédiatrie	PEPD	0	4	1	3	0	4	1	3
Unité médicale de radiodiag. et radiol. intervent.	RAVD	0	1	0	1	0	0	0	0
Unité médicale de rhumatologie	RKRD	0	1	2	-1	0	0	0	0
Unité médicale de la radio-oncologie	RHID	0	0	5	-5	0	0	4	-4
Unité médicale des soins intensifs	SIAD	0	1	5	-4	0	1	5	-4
Unité médicale d'urologie	UKOD	0	0	0	0	0	0	1	-1
Domicile	DOMI	86	858	951	-93	84	848	921	-73
Cevey-Sylvania	SVIC	0	1	0	1	1	8	4	4
Etablissement psychiatrique vaudois conventionné	EP5V	0	0	0	0	0	3	4	-1
Hôpital vaudois	CHRV	1	17	25	-8	4	30	26	4
Etablissement médico-social vaudois conventionné	EM5V	0	6	11	-5	2	13	14	-1
Autre établissement vaudois	ALVD	2	25	10	15	1	11	7	4
Etablissement hors canton	ETHC	4	14	16	-2	1	7	16	-9
Naissance ou décès	NADE	0	0	0	0	1	13	11	2
Patient présent en début ou en fin d'exercice	PRE5	16	17	7	10	14	14	26	-12

# ANNEXE D. SUIVI DES DUREES DE SEJOUR ET DES DOTATIONS EN LITS

## MÉDECINE INTERNE A



## Dotation en lits

### ENTITÉS

### QUANTITÉS

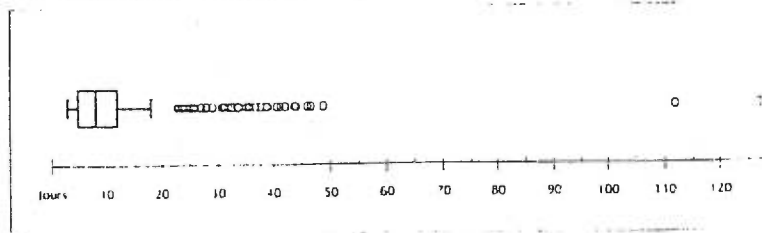
ENTITÉS			réelles cumulées (a)	standards cumulés (b)	écart cumulé (c)
Patients	séjours achevés ①		1109		
	séjours inachevés ②		52		
	taux de séjour ③		101%		
Activités	jours I ④		10471		
	jours II ⑤		346		
	jours III ⑥		10676		
	jours IV ⑦				
Ressources	lits ouverts ⑧		49	48	1
	lits fermés ⑨		-	0	
	<i>lits disponibles</i> ⑩			48	

### INDICATEURS

### VALEURS

INDICATEURS	réelles moyennes	standards	écart
Durée de séjour = (④ - ⑤) / ⑦	9.8	11	-1.1
Taux d'occupation	97%	85%	12%

Distribution des durées de séjour



ANNEXE E. ENQUÊTE DE SATISFACTION AUPRES  
DU PERSONNEL

L'enquête effectuée auprès de l'ensemble du personnel des Hospices, c'est :

- 7110 questionnaires envoyés, de septembre à décembre 1996, à raison d'un questionnaire par employé et par unité de base, y compris les temps partiels;
- 49 % de questionnaires retournés dans les 20 jours;
- 1 questionnaire sur 2 retourné suite au rappel;
- un taux global de participation de 72 %.

Un peu moins d'un pourcent des employés ont exprimé leurs craintes sur la confidentialité de l'enquête en coupant le numéro du questionnaire. A ce propos, rappelons que les garanties formulées dans la lettre d'accompagnement ont été strictement respectées : toutes les données nominatives nécessaires aux envois ont été effacées dès la réception des questionnaires et les résultats diffusés interdisent toute identification d'un sujet.

Le questionnaire comprend 20 facettes de la satisfaction professionnelle : l'encadrement, l'information, la rémunération, les perspectives de formation, l'ambiance, etc. Les items évoqués permettent d'orienter l'analyse sur les causes probables de satisfaction ou d'insatisfaction. Ils sont exprimés en termes de constat.

Les réponses sont reportées sur une échelle d'appréciation allant de 0 « très insatisfaisant » à 100 « très satisfaisant ». Les réponses de type « sans opinion », « pas de restaurant du personnel » ou encore « ne mange pas au restaurant du personnel » n'entrent pas dans le calcul des moyennes. Les scores moyens par unité de base, toutes catégories professionnelles confondues, figurent en page 3. La courbe noire du graphique exprime les résultats globaux de l'unité ; la courbe grise donne les scores moyens de l'ensemble des Hospices. Cette transcription synthétique des résultats décrit d'un simple coup d'œil les points de satisfaction et les situations évocatrices de problèmes éventuels.

#### Scores globaux par question

Question	CHUV	Institutions	Administration des Hospices	Score global
1	77	77	73	77
2	65	70	71	66
3	68	61	73	66
4	73	75	62	73
5	62	68	65	64
6	80	78	71	79
7	71	73	69	71
8	68	68	68	68
9	78	78	78	78
10	77	79	71	77
11	74	74	77	74
12	48	49	44	48
13	59	60	58	59
14	67	69	62	68
15	64	66	64	65
16	67	67	65	67
17	50	47	62	49
18	74	77	73	75

Scores de satisfaction sur une échelle de 0 à 100. Libellés des questions en page 2.

L'appréciation de chaque question est complétée le mode de distribution des réponses.

Finalement, quelques scores moyens par catégorie de profession (ex : infirmières assistantes et nurses) ou par groupe de profession (ex : ensemble de la hiérarchie infirmière) figurent sur les tableaux de la page 4.

#### Taux de participation par catégorie professionnelle

Fonction	Nb envois	Nb réponses	Taux de réponses
AD1 Administratif cadre	43	38	88%
AD2 Administratif universitaire	18	15	83%
AD3 Administratif qualifié	550	435	79%
AD4 Personnel administratif autre	220	163	74%
EN1 Enseignant cadre	12	9	75%
EN2 Enseignant qualifié A	22	16	73%
EN3 Enseignant qualifié B	74	56	76%
EN4 Autre enseignant	23	13	57%
IN1 Infirmier cadre	53	38	72%
IN2 Infirmier cadre intermédiaire	112	89	79%
IN3 Infirmier	1432	1061	74%
IN4 Infirmier assistant et nurse	131	99	76%
IN5 Personnel infirmier autre	398	271	68%
LO1 Logistique cadre	42	33	79%
LO2 Logistique universitaire	50	40	80%
LO3 Logistique qualifié	326	262	80%
LO4 Personnel logistique autre	944	672	71%
ME1 Médecin cadre	289	195	67%
ME2 Chef de clinique	193	119	62%
ME3 Médecin-assistant	398	233	59%
MT1 Médico-technique cadre	68	46	68%
MT2 Médico-technique universitaire	145	83	57%
MT3 Médico-technique qualifié	503	398	79%
MT4 Personnel médico-technique autre	114	80	70%
PS1 Psycho-social cadre	97	74	76%
PS2 Psycho-social universitaire	71	56	79%
PS3 Psycho-social qualifié	61	41	67%
PS4 Autre personnel psycho-social	16	10	63%
ST1 Stagiaires, élèves, apprentis	391	252	64%
ST2 Etudiants	314	206	66%

#### Conditions de diffusion des résultats

Les scores globaux, toutes catégories professionnelles confondues, sont diffusés pour autant que l'effectif comprenne au moins 6 questionnaires par unité de base. Pour l'analyse par profession, les collectifs ont été arrêtés à 4 personnes au minimum par unité pour les médecins-assistants et les chefs de clinique d'entente avec l'ASMAV. Pour les autres catégories, l'effectif minimal se monte à 10 personnes.

Par conséquent, plusieurs unités, dont les effectifs sont insuffisants, ont été inclus dans les résultats par unité de gestion. Le cumul des évaluations offrira un panorama plus détaillé de ces unités d'ici deux à trois ans.

Enfin, une analyse fine des nombreux commentaires ajoutés spontanément aux questionnaires sera développée dans le rapport final et communiquée aux responsables des services.

Christiane Beroud

## LE QUESTIONNAIRE

### Satisfaction du personnel

#### QUESTIONS

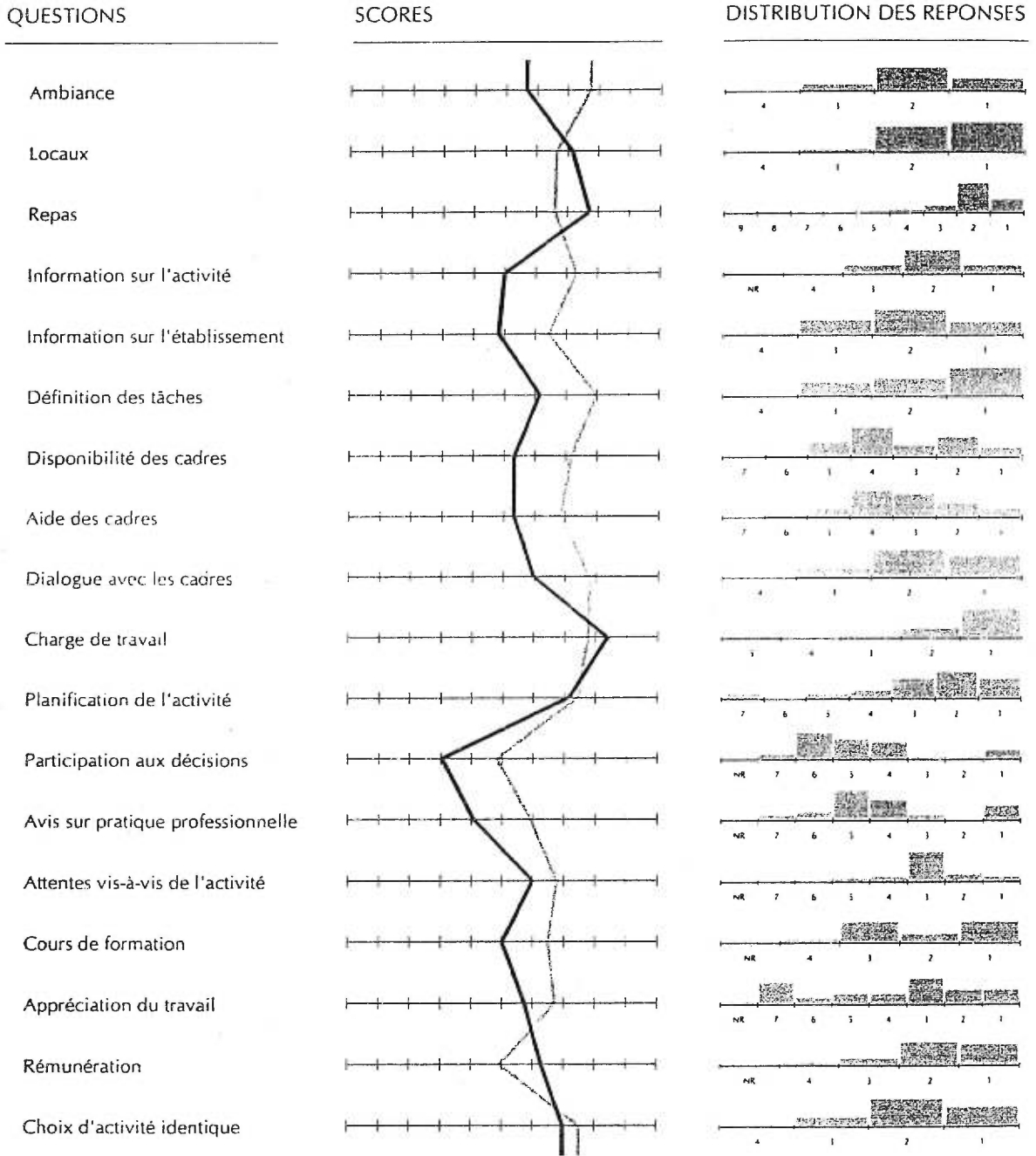
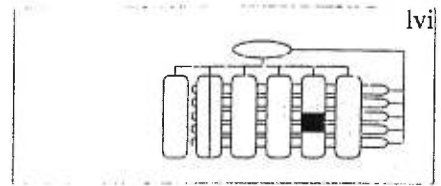
1. Estimez-vous que les contacts au sein de votre unité sont agréables ?
2. Les locaux et les équipements disponibles sont-ils adaptés aux exigences de votre activité ?
3. Les repas que vous prenez au restaurant du personnel sont-ils à votre goût ?
4. Estimez-vous recevoir l'information nécessaire pour votre activité ?
5. Est-ce que vous recevez l'information nécessaire pour comprendre le fonctionnement de votre établissement ?
6. Est-ce que vos tâches et responsabilités sont clairement définies ?
7. Vos cadres sont-ils disponibles lorsque vous l'estimez nécessaire ?
8. Lorsque vous avez des difficultés d'ordre professionnel, obtenez-vous une aide effective de vos cadres ?
9. Estimez-vous que le dialogue est possible avec vos cadres ?
10. Comment estimez-vous la quantité de travail qui vous incombe ?
11. Est-ce que la planification de votre activité vous convient (horaire, congés, vacances) ?
12. Avez-vous la possibilité de participer aux décisions de votre unité ?
13. Avez-vous la possibilité de donner votre avis sur votre pratique professionnelle ?
14. Est-ce que votre travail correspond à vos attentes ?
15. Avez-vous la possibilité de suivre des cours de formation continue ?
16. Estimez-vous que votre travail est apprécié ?
17. Estimez-vous que votre salaire est en rapport avec votre activité ?
18. Si c'était à refaire, choisiriez-vous à nouveau ce poste ?

#### CHOIX DES REPONSES

- |                               |                             |                 |                               |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------------------------------|
| 1. Oui                        | 3. Non                      |                 |                               |
| 2. Plus ou moins              | 4. Sans opinion             |                 |                               |
| 1. Oui                        | 3. Non                      |                 |                               |
| 2. Plus ou moins              | 4. Sans opinion             |                 |                               |
| 1. Toujours                   | 3. Souvent                  | 5. Rarement     | 7. Pas de restaurant          |
| 2. Très souvent               | 4. Parfois                  | 6. Jamais       | 8. Ne mange pas au restaurant |
| 1. Oui                        | 3. Non                      |                 |                               |
| 2. Plus ou moins              | 4. Sans opinion             |                 |                               |
| 1. Oui                        | 3. Non                      |                 |                               |
| 2. Plus ou moins              | 4. Sans opinion             |                 |                               |
| 1. Toujours                   | 3. Souvent                  | 5. Rarement     | 7. Sans opinion               |
| 2. Très souvent               | 4. Parfois                  | 6. Jamais       |                               |
| 1. Toujours                   | 3. Souvent                  | 5. Rarement     | 7. Sans opinion               |
| 2. Très souvent               | 4. Parfois                  | 6. Jamais       |                               |
| 1. Oui                        | 3. Non                      |                 |                               |
| 2. Plus ou moins              | 4. Sans opinion             |                 |                               |
| 1. Correcte                   | 3. Beaucoup trop importante | 5. Sans opinion |                               |
| 2. Trop importante            | 4. Trop faible              |                 |                               |
| 1. Toujours                   | 3. Souvent                  | 5. Rarement     | 7. Sans opinion               |
| 2. Très souvent               | 4. Parfois                  | 6. Jamais       |                               |
| 1. Toujours                   | 3. Souvent                  | 5. Rarement     | 7. Sans opinion               |
| 2. Très souvent               | 4. Parfois                  | 6. Jamais       |                               |
| 1. Toujours                   | 3. Souvent                  | 5. Rarement     | 7. Sans opinion               |
| 2. Très souvent               | 4. Parfois                  | 6. Jamais       |                               |
| 1. Oui                        | 3. Non                      |                 |                               |
| 2. Oui, mais pas suffisamment | 4. Sans opinion             |                 |                               |
| 1. Toujours                   | 3. Souvent                  | 5. Rarement     | 7. Sans opinion               |
| 2. Très souvent               | 4. Parfois                  | 6. Jamais       |                               |
| 1. Oui                        | 3. Non                      |                 |                               |
| 2. Plus ou moins              | 4. Sans opinion             |                 |                               |
| 1. Oui, sans aucun doute      | 3. Non, probablement pas    |                 |                               |
| 2. Oui, probablement          | 4. Non, en aucun cas        |                 |                               |

L'analyse des questions « Quel serait le taux d'activité idéal pour vous en ce moment ? » et « Comment voyez-vous votre avenir professionnel dans l'établissement ? » figurera dans le rapport final.

# Satisfaction du personnel



0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

NR = pas de réponse  
Les chiffres renvoient aux choix de réponses.

Moyenne de l'unité :

Moyenne des Hospices :

Nombre d'envois : 38  
 Nombre de réponses : 30  
 Taux de participation : 79%

## Scores par profession

PROFESSION	QUESTION	XXX																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
México-technique universitaire	MT2	45	65	78	40	50	40	42	44	50	80	58	29	38	44	78	42	78	60
México-technique qualifié	MTJ	65	77	83	50	36	88	49	57	58	95	75	30	38	70	29	64	59	79

PROFESSION	QUESTION	DEPARTEMENT YYY																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Personnel médical	ME	85	86	80	79	61	79	76	73	93	75	77	68	77	69	88	71	85	72
Personnel médico-technique	MT	73	80	71	68	57	73	67	66	69	88	80	42	53	66	50	64	61	70
Personnel administratif	AD	88	75	56	58	42	71	78	82	92	79	82	40	48	64	45	68	42	75

Collectif minimum par catégorie de profession :

Médecins-assistants : 4  
 Chefs de clinique : 4  
 Autres : 10

Collectif minimum par groupe de profession :

10 personnes

## ANNEXE F. SUIVI DE LA SATISFACTION DES PATIENTS



## Patients

# L'enquête de satisfaction réalisée en 1997 confirme celle de 1996 92% des patients recommanderaient le CHUV à leurs proches

En 1996, l'enquête de satisfaction lancée auprès des patients du CHUV était une première dans un hôpital universitaire suisse. Poursuivie en 1997, elle n'a toujours pas d'équivalent sur le plan national. Il n'est donc pas possible de comparer les résultats obtenus par le CHUV dans ce domaine. Mais ils sont en eux-mêmes largement satisfaisants et confirment les premiers résultats enregistrés en 1996. Dans l'ensemble, plus de 90% des patients interrogés recommanderaient le CHUV à leurs proches, s'ils devaient être hospitalisés. Et plus de 70% le feraient sans aucun doute.

Le questionnaire aborde une quinzaine de thèmes qui touchent tous les aspects de l'hospitalisation : l'admission, les contacts avec les équipes soignantes, l'information médicale, les conditions d'hébergement, etc. Parmi les meilleurs scores enregistrés :

- L'accueil, jugé agréable par près de 90% des patients.
- La simplicité des formalités d'admission (80% de satisfaits).
- Le soin apporté à ne pas transmettre d'informations contradictoires ou à atténuer la douleur des patients (environ 75% de satisfaits).
- L'organisation de la sortie de l'hôpital, en particulier les explications fournies sur les médicaments à prendre chez soi (environ 70% de satisfaits).

La situation est moins favorable sur d'autres points. Quelques exemples.

- Moins de la moitié des patients (41%) estiment qu'on leur a donné l'occasion de se prononcer sur le choix des examens et des traitements. 34% considèrent que cela n'a pas été le cas, soit environ un tiers des patients.
- Moins de la moitié des patients (46%) estiment avoir pu parler suffisamment de leurs inquiétudes ou de leurs angoisses avec les équipes soignantes, médecins ou infirmières.

### Comparaison avec les résultats de 1996

Sur les 17 questions posées, trois d'entre elles donnent exactement les mêmes résultats en 97 qu'en 96. Il s'agit des questions sur les formalités d'admission, l'accueil dans les services et l'attention portée au traitement de la douleur.

Dans presque tous les autres cas, le évolutions constatées restent comprise dans la marge d'erreur d'une enquête menée auprès d'un échantillon de cette taille ( $\pm 2\%$ ). C'est donc le statu quo qui domine. Tout au plus peut-on constater que la proportion de patients satisfait de l'information concernant l'intervention chirurgicale qu'ils ont subie est en très légère diminution. Et qu'en revanche le pourcentage de patients qui ont toujours été satisfaits des repas est en très légère augmentation.

Une seule question semble faire exception à la stabilité générale des résultats. A première vue, en 1997, 71% des patients estiment avoir reçu les informations adéquates pour les préparer à leur arrivée au CHUV (contre 61% seulement en 1996). Mais cet écart est dû au fait que le pourcentage de patients arrivés en urgence étaient beaucoup plus élevé dans l'échantillon en 1996 (22% contre 13% en 1997).

Dans l'ensemble, le taux de satisfaction est donc le même en 1997 qu'en 1996 et se situe à un niveau souvent élevé.

### Comparaison patients - parents d'enfants hospitalisés

Pour les enfants de moins de 14 ans - à l'exception des nouveau-nés qui ne sont pas des malades - des questions spécifiques ont été élaborées avec le Département de pédiatrie et intégrées au questionnaire. Il aborde ainsi quelques thèmes supplémentaires : l'attention portée à l'enfant en dehors des soins par exemple, ou la possibilité pour les parents d'être auprès de leur enfant. Ce sont les parents qui reçoivent le questionnaire.

Les meilleurs scores enregistrés sont les suivants :

- En dehors des soins, l'attention accordée à l'enfant par le personnel du CHUV (85% de satisfaits).
- Les possibilités offertes d'être auprès de son enfant (80% de satisfaits).
- La simplicité des formalités d'admission, la chaleur de l'accueil, la douceur des soins donnés à l'enfant, le soin accordé au traitement de ses douleurs (75% de satisfaits).

Sur plusieurs points, les résultats obtenus auprès des parents d'enfants hospitalisés se distinguent cependant assez nettement de la photographie qui résulte des réponses des patients adolescents et adultes :

1. Les questions posées restent plus souvent sans opinion ou sans réponse. Les parents estiment sans doute ne pas avoir tous les éléments d'appréciation pour donner un avis puisque, par la force des choses, ils n'étaient pas toujours présents.
2. Les variations d'une année à l'autre, entre 96 et 97, sont fréquentes et relativement marquées. Il est possible que ce phénomène soit dû à la taille plus restreinte de l'échantillon, en particulier en 1996. Les résultats des prochaines enquêtes permettront d'y voir plus clair sur ce point.
3. Dans l'ensemble surtout, le taux de satisfaction est un peu moins élevé. Si 90% des parents d'un enfant hospitalisé au CHUV recommanderaient eux aussi l'établissement à leurs proches, 62% "seulement" le feraient sans aucun doute (contre 70% chez les patients adolescents et adultes). Cet écart se retrouve à propos de nombreuses questions. Au mieux, le taux de satisfaction exprimée par les parents est analogue à celui des patients adolescents ou adultes. Les deux exceptions à cette règle sont d'autant plus notables :
  - 75% des parents d'enfants hospitalisés estiment avoir pu parler suffisamment de leurs inquiétudes ou angoisses avec les équipes soignantes (contre 46% seulement des patients adolescents et adultes).
  - 71% des mêmes parents disent que leur enfant pendant son hospitalisation leur a été clairement expliqué (contre 56% des patients adolescents et adultes).

#### Pour aller plus loin

Ces enquêtes de satisfaction fournissent une photographie. Elles montrent. Elles n'expliquent pas. A défaut de pouvoir les comparer aux résultats d'autres hôpitaux universitaires suisses, il est difficile de savoir si telle ou telle appréciation du CHUV, parmi celles qui ne sont pas les meilleures, est plutôt satisfaisante ou médiocre. Il est clair en effet que le fait d'être malade ou d'avoir un enfant hospitalisé influence les réactions de toute personne concernée et peut modifier sa perception des choses. C'est dans ce sens notamment que des comparaisons avec d'autres établissements du même type que le CHUV seraient intéressantes.

Il est clair aussi que le recul manque encore, après 18 mois d'expérience, pour interpréter correctement certains résultats, en connaître les causes, en tirer tous les enseignements. Les résultats bruts ne suffisent pas. Une remarque suffit pour le comprendre. Si un pourcentage non négligeable de patients estiment ne pas avoir pu parler suffisamment de leurs inquiétudes avec les équipes soignantes, est-ce dû à une sensibilisation insuffisante du personnel

à ce problème, à un manque de suivi de la charge de travail, ou aux deux causes à la fois?

Dès les premiers résultats de l'enquête 1996, des mesures ont cependant été prises dans les domaines où le taux de satisfaction des patients pouvait être manifestement amélioré. Des projets Qualité ou de nouvelles directives ont été lancés dans plusieurs secteurs. Quelques exemples. Sur la base des travaux réalisés par un groupe de médecins présidé par le Professeur René-Olivier Mirimanoff, chef du service de radio-oncologie, le collège de direction du CHUV a adopté au début de cette année de nouvelles directives médicales pour assurer une meilleure information des patients. Dans un tout autre domaine, le Service de la restauration a engagé un projet Qualité. CHUV-Magazine s'est fait l'écho de ces démarches dans les numéros de mars et de juin 1998. Il est évidemment trop tôt pour en voir déjà les effets éventuels sur le taux de satisfaction des patients.

Enfin, les résultats de l'enquête présentés ici concernent l'ensemble des patients interrogés, quelle que soit l'unité de soins dans laquelle ils ont été hospitalisés. Chaque service doit pouvoir connaître ses résultats et les comparer à la moyenne de l'établissement pour savoir où il se situe. Les résultats détaillés seront communiqués à cette fin aux responsables d'unités.

#### Fiche technique : principes et méthode de l'enquête

Le but de l'enquête de satisfaction menée par l'Office de la planification et de l'évaluation est de toucher un échantillon représentatif des patients traités au CHUV, soit en moyenne 10% d'entre eux, ce qui représente environ 200 personnes par mois. Seuls sont exclus a priori de cette sélection, pour d'évidents motifs de protection de la sphère personnelle, les patients qui ont été hospitalisés pour un sida, une forme de démence, une pharmacodépendance ou un avortement.

Parmi les autres patients, ceux qui sont sélectionnés de manière aléatoire reçoivent le questionnaire trois à six semaines après leur sortie du CHUV, à un moment où ils se souviennent encore bien de leur hospitalisation.

En 1996, 1194 patients et 136 parents d'enfants qui venaient de quitter l'hôpital ont reçu un questionnaire. En 1997, 2149 patients et 178 parents d'enfants. En cas de non-réponse, un rappel a été envoyé. Cette manière de faire a permis d'obtenir un taux de réponse de 68% en 1996, de 67% en 1997.

#### L'anonymat des réponses est garanti

Les coordonnées des patients sont évidemment nécessaires à l'envoi des questionnaires et des éventuels rappels. Un lien provisoire est établi entre ces coordonnées et le numéro du questionnaire envoyé mais ce fichier transitoire est détruit après la saisie des réponses. Plus rien ne permet alors d'identifier les auteurs des réponses.

**Patients**

Résultats de l'enquête de satisfaction auprès des patients hospitalisés ..... Question par question .....

**1. Avez-vous reçu des renseignements pour préparer votre séjour et vous indiquer comment les choses se passeraient à votre arrivée?**

	1996	1997
Oui	61%	71%
Oui mais pas suffisamment	7%	6%
Non	6%	7%
Je suis venu(e) en urgence	22%	13%
Sans opinion, sans réponse	4%	3%

Les chiffres étant arrondis, le total n'est pas toujours égal à 100%.

**2. Les formalités d'admission ont-elles été simples?**

	1996	1997
Oui	81%	81%
Plus ou moins	11%	11%
Non	2%	2%
Sans opinion, sans réponse	6%	6%

**3. L'accueil dans le service a-t-il été agréable?**

	1996	1997
Oui	88%	88%
Plus ou moins	7%	7%
Non	1%	1%
Sans opinion, sans réponse	4%	4%

**4. Au début de votre séjour, combien de fois avez-vous d'expliquer votre cas aux médecins?**

	1996	1997
Une fois	37%	38%
Deux fois	20%	18%
Trois fois	15%	16%
De quatre à six fois	10%	9%
Plus de six fois	4%	4%
Sans opinion, sans réponse	14%	15%

**5. Lorsque vous avez posé des questions aux médecins, avez-vous reçu des réponses claires?**

	1996	1997
Toujours	46%	44%
Très souvent	19%	20%
Souvent	15%	13%
Parfois	10%	11%
Jamais	1%	2%
Je n'ai pas posé de questions	6%	6%
Sans opinion, sans réponse	3%	4%

**6. Avez-vous pu parler de vos inquiétudes ou angoisses avec des médecins, infirmières ou autres professionnels?**

	1996	1997
Oui	48%	46%
Oui mais pas suffisamment	20%	21%
Non	9%	10%
Je n'ai pas eu d'inquiétudes	17%	17%
Sans opinion, sans réponse	6%	6%

**7. Lorsque vous avez eu besoin d'aide, par exemple pour manger, vous laver ou aller aux toilettes, après combien de temps avez-vous reçu cette aide?**

	1996	1997
Immédiatement	21%	22%
Rapidement	36%	36%
Dans un laps de temps acceptable	17%	16%
Après une très longue attente	2%	2%
Jamais	1%	1%
Je n'ai pas eu besoin d'aide	19%	17%
Sans opinion, sans réponse	4%	5%

**8. Estimez-vous que le personnel a fait tout ce qu'il pouvait pour éliminer votre douleur?**

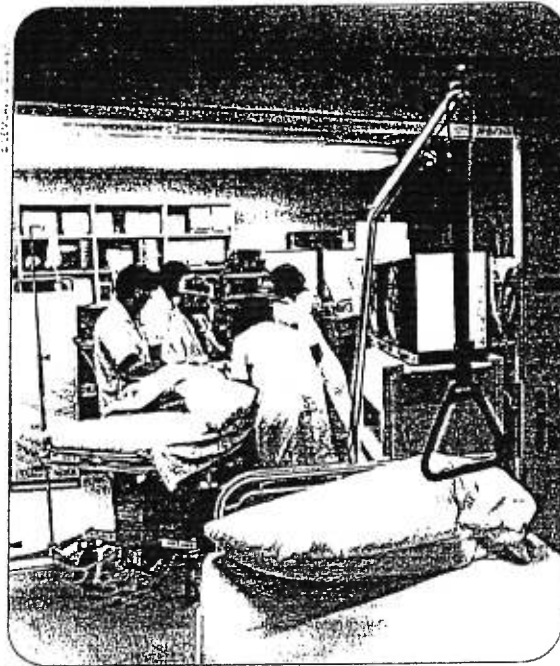
	1996	1997
Ils ont fait tout ce qu'ils pouvaient	74%	74%
Ils auraient pu faire un peu plus	5%	5%
Ils auraient pu faire beaucoup plus	2%	2%
Je n'ai pas eu mal	12%	12%
Sans opinion, sans réponse	7%	7%

**9. Avez-vous reçu des informations contradictoires?**

	1996	1997
Non	76%	75%
Oui quelques-unes	13%	14%
Oui beaucoup	1%	2%
Sans opinion, sans réponse	9%	8%

**10. A l'hôpital, l'usage des médicaments que vous ne connaissez pas auparavant vous a-t-il été clairement expliqué?**

	1996	1997
Oui	58%	56%
Oui mais pas suffisamment	9%	9%
Non	7%	7%
Je n'ai pas reçu de nouveau médicament	20%	19%
Sans opinion, sans réponse	6%	9%



Environ deux tiers des patients interrogés estiment que l'information concernant l'intervention chirurgicale qu'ils ont subie a répondu à leur attente. Alors qu'un cinquième juge que cette information a été insuffisante.

11. Est-ce que l'on vous a donné l'occasion de vous prononcer sur le choix des examens et des traitements?

	1996	1997
Oui	43%	41%
Oui mais pas suffisamment	4%	5%
Non	34%	34%
Sans opinion, sans réponse	19%	19%

12. Est-ce que l'information concernant votre intervention chirurgicale a correspondu à vos attentes?

	1996	1997
Oui	68%	65%
Oui mais pas suffisamment	17%	20%
Non	4%	4%
Je n'ai pas été opéré(e)	4%	4%
Sans opinion, sans réponse	7%	7%

13. Les repas que vous avez choisis ont-ils été à votre goût?

	1996	1997
Toujours	32%	35%
Très souvent	19%	18%
Souvent	13%	13%
Parfois	12%	11%
Jamais	3%	2%
Je suivais un régime particulier	1%	1%
Sans opinion, sans réponse	9%	9%

14. Concernant la tranquillité dans l'établissement, l'atmosphère était calme et reposante?

	1996	1997
Toujours	48%	48%
Très souvent	20%	21%
Souvent	13%	12%
Parfois	10%	11%
Jamais	2%	2%
Sans opinion, sans réponse	6%	6%

15. Considérez-vous que votre sortie ou votre transfert a été bien organisé?

	1996	1997
Oui	70%	69%
Oui relativement bien	17%	18%
Non	8%	8%
Sans opinion, sans réponse	6%	6%

16. Est-ce que l'on vous a expliqué quand et comment il fallait prendre vos médicaments chez vous?

	1996	1997
Oui	75%	72%
Oui mais pas suffisamment	2%	3%
Non	3%	3%
Je n'ai pas de médicament à prendre	12%	12%
Sans opinion, sans réponse	8%	10%

17. Recommanderiez-vous notre hôpital à vos proches s'ils devaient être hospitalisés?

	1996	1997
Oui sans aucun doute	72%	72%
Oui probablement	21%	20%
Non probablement pas	2%	3%
Non en aucun cas	1%	1%
Sans opinion, sans réponse	5%	5%

**Patients**

**Résultats de l'enquête de satisfaction auprès des parents d'enfants hospitalisés ..... Question par question .....**

**1 bis. Avez-vous reçu des renseignements pour préparer le séjour de votre enfant et vous indiquer comment les choses se passeraient à son arrivée ?**

	1996	1997
Oui	46%	41%
Oui mais pas suffisamment	8%	6%
Non	3%	4%
Il est venu en urgence	33%	41%
Sans opinion, sans réponse	10%	8%

Les chiffres étant arrondis, le total n'est pas toujours égal à 100%.

**2 bis. Les formalités d'admission ont-elles été simples ?**

	1996	1997
Oui	66%	75%
Plus ou moins	16%	12%
Non	5%	1%
Sans opinion, sans réponse	13%	12%

**3 bis. Estimez-vous que l'accueil de votre enfant dans sa chambre a été chaleureux ?**

	1996	1997
Oui	77%	76%
Plus ou moins	10%	12%
Non	3%	2%
Sans opinion, sans réponse	10%	10%

**4 bis. Au début du séjour, combien de fois avez-vous dû expliquer le cas de votre enfant aux médecins ?**

	1996	1997
Une fois	32%	29%
Deux fois	11%	12%
Trois fois	13%	20%
De quatre à six fois	6%	5%
Plus de six fois	8%	6%
Sans opinion, sans réponse	30%	27%

**Question spéciale. Est-ce que l'information qui vous a été transmise par votre pédiatre, relativement à l'hospitalisation dans notre établissement, correspondait à ce qui s'est réalisé ?**

	1996	1997
Oui	45%	49%
Oui partiellement	9%	7%
Non	4%	1%
L'enfant est venu en urgence	25%	27%
Sans opinion, sans réponse	16%	16%

**5 bis. Lorsque vous avez posé des questions aux médecins avez-vous reçu des réponses claires ?**

	1996	1997
Toujours	50%	50%
Très souvent	27%	19%
Souvent	12%	18%
Parfois	6%	7%
Jamais	2%	2%
Je n'ai pas posé de questions	-	1%
Sans opinion, sans réponse	3%	4%

**6 bis. Avez-vous pu parler de vos inquiétudes ou angoisses concernant la situation de votre enfant avec des médecins, infirmières ou autres professionnels ?**

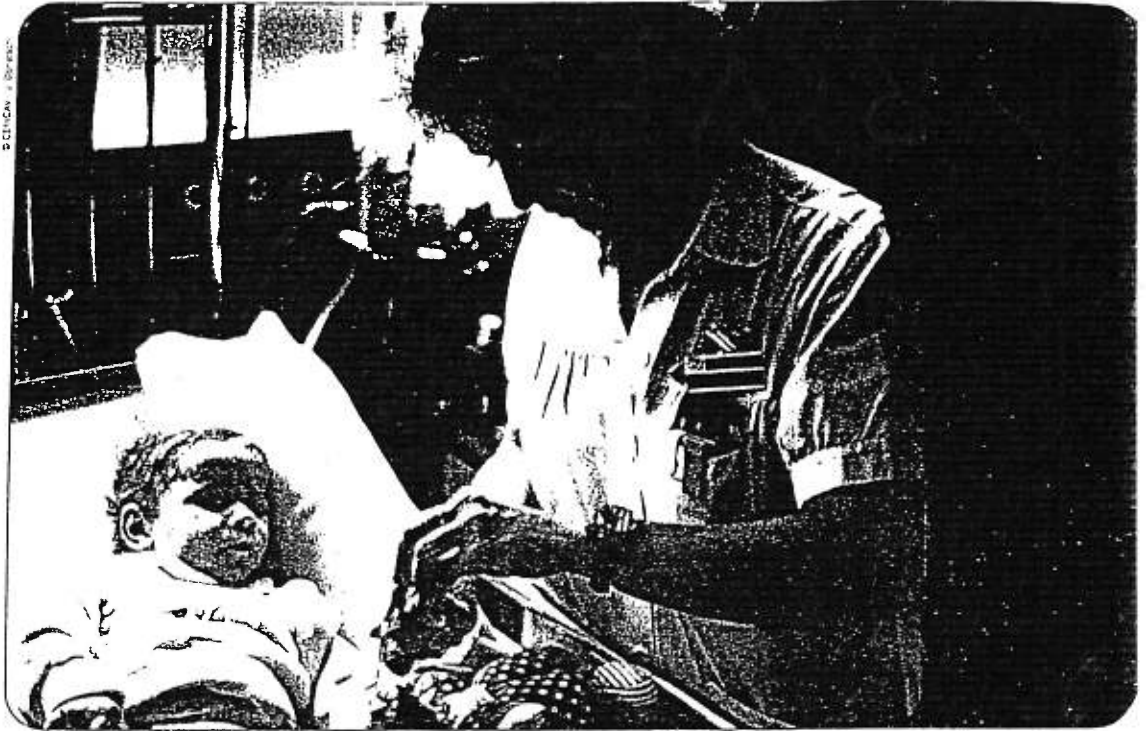
	1996	1997
Oui	83%	75%
Oui mais pas suffisamment	6%	11%
Non	4%	4%
Je n'ai pas eu d'inquiétudes	3%	4%
Sans opinion, sans réponse	4%	5%

**7 bis. Lorsque votre enfant avait besoin d'aide, par exemple pour manger, se laver ou aller aux toilettes, après combien de temps a-t-il reçu cette aide ?**

	1996	1997
Immédiatement	22%	22%
Rapidement	26%	24%
Dans un laps de temps acceptable	20%	18%
Après une très longue attente	1%	2%
Jamais	3%	-
Il n'a pas eu besoin d'aide	10%	14%
Sans opinion, sans réponse	18%	20%

**8 bis. Estimez-vous que le personnel a fait tout ce qu'il pouvait pour éliminer la douleur de votre enfant ?**

	1996	1997
Ils ont fait tout ce qu'ils pouvaient	74%	73%
Ils auraient pu faire un peu plus	4%	6%
Ils auraient pu faire beaucoup plus	2%	2%
Il n'a pas eu mal	7%	5%
Sans opinion, sans réponse	13%	13%



Les résultats obtenus auprès des parents d'enfants hospitalisés se distinguent assez nettement de la photographie qui résulte des réponses des patients adolescents et adultes. Dans l'ensemble, le taux de satisfaction est un peu moins élevé chez les parents d'enfants hospitalisés. Sur deux points cependant, c'est exactement l'inverse que l'on peut constater: Trois quarts des parents estiment avoir pu parler suffisamment de leurs inquiétudes et angoisses avec les équipes soignantes. Et 70% disent que le traitement suivi par leur enfant leur a été clairement expliqué.

**Question spéciale. Estimez-vous que le personnel était assez calme et doux dans les soins donnés à votre enfant?**

	1996	1997
Oui, ils ont fait tout ce qu'ils pouvaient	65%	75%
Ils auraient pu faire un peu plus	7%	5%
Non ils n'avaient pas assez de temps	9%	4%
Sans opinion, sans réponse	19%	15%

**Question spéciale. En dehors des soins donnés, estimez-vous que votre enfant a eu toute l'attention, l'affection et les possibilités de jouer nécessaires ?**

	1996	1997
Oui	88%	85%
Oui mais pas suffisamment	7%	7%
Non	2%	1%
Non et je l'ai fait remarquer		1%
Sans opinion, sans réponse	3%	8%

**9 bis. Avez-vous reçu des informations contradictoires?**

	1996	1997
Non	71%	65%
Oui quelques-unes	18%	19%
Oui beaucoup	3%	4%
Sans opinion, sans réponse	8%	11%

**10 bis. A l'hôpital, l'usage des médicaments que recevait votre enfant et que vous ne connaissiez pas auparavant vous a-t-il été clairement expliqué?**

	1996	1997
Oui	58%	71%
Oui mais pas suffisamment	5%	3%
Non	6%	5%
Il n'a pas reçu de nouveau médicament	22%	12%
Sans opinion, sans réponse	9%	10%

## Patients

**11 bis. Est-ce que l'on vous a donné l'occasion de vous prononcer sur le choix des examens et des traitements?**

	1996	1997
Oui	37%	28%
Oui mais pas suffisamment	2%	4%
Non	41%	42%
Sans opinion, sans réponse	20%	26%

**12 bis. Est-ce que l'information concernant l'intervention chirurgicale a correspondu à vos attentes?**

	1996	1997
Oui	69%	72%
Oui mais pas suffisamment	8%	-
Non	-	7%
Il n'a pas été opéré	8%	10%
Sans opinion, sans réponse	15%	10%

**13 bis. Estimez-vous que les repas donnés à votre enfant ont été adéquats ?**

	1996	1997
Toujours	44%	42%
Très souvent	8%	9%
Souvent	9%	4%
Parfois	6%	10%
Jamais	1%	4%
Sans opinion, sans réponse	32%	32%

**14 bis. Votre enfant était-il dans un environnement suffisamment calme et reposant?**

	1996	1997
Toujours	39%	34%
Très souvent	12%	17%
Souvent	8%	16%
Parfois	17%	12%
Jamais	7%	4%
Sans opinion, sans réponse	17%	18%

**Question spéciale. Vous a-t-on donné toutes les possibilités pour être au maximum auprès de votre enfant?**

	1996	1997
Oui	80%	81%
Oui mais pas suffisamment	4%	4%
Non	3%	-
Sans opinion, sans réponse	13%	14%

**15 bis. Considérez-vous que la sortie ou le transfert de votre enfant a été bien organisé?**

	1996	1997
Oui	68%	64%
Oui relativement bien	21%	18%
Non	5%	9%
Sans opinion, sans réponse	6%	10%

**16 bis. Est-ce que l'on vous a expliqué quand et comment il fallait donner les médicaments à votre enfant dès votre retour à la maison?**

	1996	1997
Oui	65%	73%
Oui mais pas suffisamment	2%	3%
Non	1%	1%
Il n'a pas de médicament à prendre	20%	12%
Sans opinion, sans réponse	12%	12%

**Question spéciale. Relativement aux informations en votre possession à votre arrivée dans notre établissement, le séjour de votre enfant a-t-il répondu à vos attentes concernant sa maladie?**

	1996	1997
Oui	76%	71%
Partiellement seulement	4%	4%
Non	4%	2%
Sans opinion, sans réponse	16%	23%

**17 bis. Recommanderiez-vous notre hôpital à vos proches si un de leurs enfants devait être hospitalisé?**

	1996	1997
Oui sans aucun doute	69%	62%
Oui probablement	21%	28%
Non probablement pas	2%	2%
Non en aucun cas	-	-
Sans opinion, sans réponse	8%	8%

**Avertissement.** Les chiffres 1996 publiés ici ne correspondent pas toujours à ceux qui l'ont été en mars 1997, dans le numéro 15 du *Bloc-Notes des Hospices*. Les écarts qui peuvent être constatés s'expliquent de deux manières :

1. Les chiffres publiés en mars 1997 s'arrêtaient au 31 décembre 1996. Des questionnaires relatifs à des hospitalisations effectuées en 1996 sont rentrés après cette date et ont été naturellement intégrés au fur et à mesure aux résultats de l'année 96.
2. Afin d'améliorer l'instrument d'analyse, les résultats publiés aujourd'hui intègrent le taux de non-réponse à chacune des questions posées, ce qui n'était pas le cas en mars 1997.

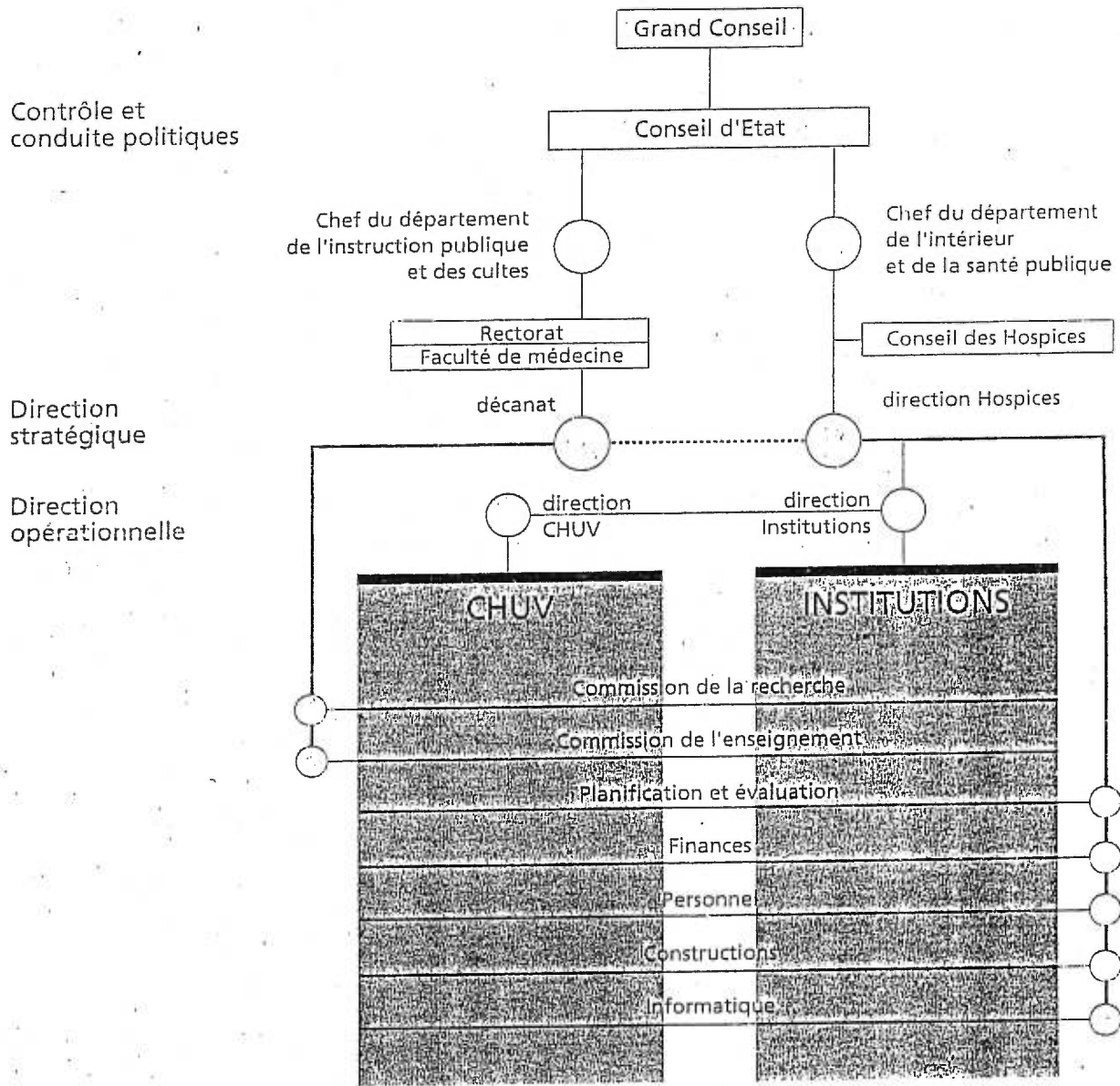


## ANNEXE G. LISTE DES PROJETS

A20	An 2000	PRE	Contrat de prestations
ABS	Gestion des absences	PRN	Projet de recherche en nursing
ACH	Achats	PRO	Projets de service
AFF	Affiliés	QUA	Qualité
AID	Aide au tiers-monde	RAP	Rapport annuel
ALL	Allocation des ressources	SEC	Sécurité, environnement
ARC	Archiméd	SER	Liens avec l'Etat de Vaud et les
BEN	Bénévolat	SID	SIDA
BOP	Bloc opératoire	SOC	Service social
BUD	Equilibre budgétaire	SPA	Satisfaction des patients
CHA	Charte des Hospices	SPE	Satisfaction du personnel
CHR	Patients chroniques	STE	Stérilisation centrale
COL	Collaboration avec d'autres	STO	Stomathérapie
COM	Communication	STR	Structure
CON	Conseil d'Etat	SUI	Tableaux de bord et de suivi
COU	Cours de gestion pour médecins	TEL	Centrale téléphonique
CPT	Comptabilité	TRA	Transplantation d'organes
DEC	Décentralisation	UNI	Lien avec l'Université
DIG	Direction générale des Hospices	URG	Urgences du CHUV
DIR	Direction du CHUV	VDG	Vaud-Genève
ECO	Economie OrCHidée	VES	Association suisse des hôpitaux
FAC	Facturation	VIS	Visites de tiers ou à l'étranger
FET	Fêtes	VOY	Agence de voyage
FOR	Autres formations	ZAD	Zadig
GAR	Garderie		
GRA	Grand Conseil		
H20	Hospices 200* - contrat de		
HAD	Hospitalisation à domicile		
HDJ	Hospitalisation de jour		
HOT	Hôtel garni		
IND	Informatique départementale		
INH	Office informatique		
INR	Réseau informatique		
INT	Internet		
INV	Crédit d'inventaire et fonds		
LIT	Gestion des lits		
LOC	Réaffectation des locaux		
LOI	Respect de la législation		
MAN	Manifestations du personnel		
MED	Evaluation des médecins cadres		
NEO	Néonatalogie		
NOM	Nominations		
NUT	Médecine nutritionnelle		
ODY	Odyssée		
ONC	Oncologie et soins palliatifs		
PAR	Parking et passage piétons		
PAT	Information aux patients		
PED	Pédiatrie		
PER	Gestion du personnel		
PHA	Pharmacie et médicaments		
PMU	Policlinique médicale universitaire		



## ANNEXE H. STRUCTURE DES HOSPICES CANTONAUX



### Le CHUV

Le CHUV regroupe 11 unités de gestion:

- Médecine
- Chirurgie
- Mère-enfant
- Laboratoires
- Radiologie
- Pathologie
- Sylvana
- Centres interdisciplinaires
- Logistique générale
- Logistique des soins infirmiers

## ANNEXE I. RÉPARTITION THÉMATIQUE DES PROPOS DES DIRIGEANTS

Thèmes	Totaux	Utilisation	Lien avec les entités		non spécifique
			Perception	Influence	
Consultation	5	1	2	0	2
Implication des dirigeants	4	1	1	0	2
Exhaustivité et pertinence	68	52	12	1	3
Organisation et règles de gestion	29	21	2	4	2
Fréquence de mise à jour	11	9	2	0	0
Cheminement de l'information	14	10	4	0	0
<i>Total pour la conception</i>	<i>131</i>	<i>94</i>	<i>23</i>	<i>5</i>	<i>9</i>
Emetteur	4	3	0	0	1
Transparence	10	5	2	0	3
Fiabilité et validité des informations	23	12	11	0	0
Intérêt de l'information	10	5	2	0	3
Délai de mise à disposition	13	13	0	0	0
Accessibilité	10	8	2	0	0
<i>Total pour la réalisation</i>	<i>70</i>	<i>46</i>	<i>17</i>	<i>0</i>	<i>7</i>
Assistance	14	2	12	0	0
Demande d'aide	4	1	3	0	0
Vérifiabilité et croyance	23	4	15	2	2
Intelligibilité	35	5	25	3	2
Disponibilité de l'aide	0	0	0	0	0
Porte-parole	7	0	5	1	1
<i>Total pour l'exploitation</i>	<i>83</i>	<i>12</i>	<i>60</i>	<i>6</i>	<i>5</i>
Réceptivité	15	0	5	9	1
Culture d'entreprise	29	1	19	6	3
Dialogue et prise de décision	69	5	26	33	5
Équité et objectivité	20	2	4	12	2
Rituel	4	4	0	0	0
Brut de fonds	7	2	4	0	1
<i>Total pour l'impact</i>	<i>144</i>	<i>14</i>	<i>58</i>	<i>60</i>	<i>12</i>

## REMERCIEMENTS

L'auteur tient à remercier ici toutes les personnes qui ont rendu cette thèse possible :

- le professeur Charles Tilquin qui a dirigé ce travail, pour ses précieux conseils et ses encouragements constants ;
- les professeurs Alain Chanlat, Jacqueline Fortin, Milos Jenicek, Olli Miettinen, Alain Pinsonneault, Suzanne Rivard et Claude Sicotte notamment, pour leurs enseignements passionnants et marquants à l'Université de Montréal, à l'École des HEC de Montréal et à l'Université Mc Gill ;
- Charles Kleiber, secrétaire d'Etat à la science et à la recherche et ancien directeur général des Hospices cantonaux pour sa complicité de tous les instants ;
- mes collègues et amis Luis Basterrechea, Alain Boutat, Christiane Beroud, Esber Coteli, Christiane Garin, Hervé Guillain, Patricia Halfon, Jean-Daniel Koch, Marco Lorenzini, Ngoan Nguyen, Andreas Perret, Erol Seker, Moufida Waer et Tarik Yalcin qui ont partagé l'aventure du système d'information dirigeant ;
- Guy van Melle, biostatisticien, pour ses fructueux conseils (régression logistique) ;
- les dirigeants du CHUV et des Hospices, dont je tais ici les noms pour respecter leur anonymat, qui m'ont témoigné de leur confiance en livrant des confidences sans lesquelles cette thèse serait bien terne;
- mes proches qui m'ont entouré durant ces années riches en événements.