

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

DREES

document
de *travail*

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHE

N° 121 • août 2012

**Ressources humaines (RH)
et tarification à l'activité (T2A) :**
Entretiens avec des membres des directions des hôpitaux
Mihai DINU GHEORGHIU - Danièle GUILLEMOT - Frédéric MOATTY



Direction de la recherche, des études
de l'évaluation et des statistiques
DREES

Série
Études et Recherche

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

**Ressources humaines (RH)
et tarification à l'activité (T2A) :**
Entretiens avec des membres des directions des hôpitaux

Mihai Dinu Gheorghiu - Danièle Guillemot - Frédéric Moatty

n° 121 – août 2012

Synthèse du rapport de la post-enquête à l'enquête COI dans les établissements de santé :
« Ressources humaines et mise en place de la T2A »

Centre d'études de l'emploi

Cette recherche a été financée par la DREES – Marché DREES-CEE n° 0800516
Juin 2010

Cette publication n'engage que ses auteurs

Sommaire

Partie 1 -La post-enquête « Ressources humaines et mise en place de la T2A » et ses objectifs	7
La post-enquête dans le dispositif d'enquête C.O.I.	9
Questions et hypothèses de recherche.....	10
Les attentes de la DREES	10
Problématique générale	11
Le cadrage statistique de la post-enquête.....	13
Un très fort impact de la T2A sur l'activité des établissements	14
Une introduction de la T2A parfois perturbée par les difficultés des établissements.....	14
Le cumul des difficultés budgétaires	15
Le cumul des difficultés de ressources humaines.....	15
Cumul des difficultés budgétaires et difficultés RH.....	15
Partie 2 - L'enquête de terrain.....	17
Précisions sur la méthode.....	17
L'espace social des établissements médicaux enquêtés.....	18
Exemples d'établissements étudiés	21
Le secteur public.....	21
Les secteurs privés, non lucratif et lucratif	24
Partie 3 - La T2A, ses acteurs et ses effets.....	27
Les conditions de la mise en œuvre de la T2A	27
Bénéfices attendus, risques redoutés	27
Directeurs, médecins et cadres face aux réformes	28
Responsabilisation et démotivation des directeurs	28
La mise en question du corporatisme médical.....	29
Résister au changement	30
Garder ou « s'acheter » des bons médecins.....	31
Les médecins étrangers.....	32
Des cadres de pôle sous pression.....	33
La direction des soins infirmiers revalorisée par la T2A ?	34
Logique économique et coopération des équipes	35
Partie 4 - La T2A et les mouvements des personnels	37
Une mobilité accélérée.....	37
Recrutement et turnover.....	38
L'absentéisme en lien avec la T2A ?	40
Faire face à la pénurie de personnel et à l'absentéisme	41
Pool de remplacement et heures supplémentaires	41
Intérim	43
La flexibilité dans les échanges de personnel entre les pôles	43
Partie 5 - Informatisation et transformation des pratiques professionnelles.....	45
Les outils du changement et le repositionnement des services	45
Tableaux de bord et systèmes d'information partagés	47
Les divisions du travail de codage	48
Transformation des pratiques professionnelles	50

Partie 6 - Conclusions

Les effets de la T2A – critiques et désenchantement..... 51
 La T2A entre le symbolique, l’instrumental et le socioprofessionnel..... 51
 Limites et effets positifs de la T2A 52
 Une polarisation accentuée 54

Annexe 1 - Questionnaire de l’enquête « Changements Organisationnels et Informatisation dans les établissements de santé » (COI-H) de 2007 57

Annexe 2 - Le cadrage statistique 67

Bibliographie sélective 91

Index - Liste des principaux sigles 93

Remerciements

Nous souhaitons remercier ici vivement Dominique Baubeau, Marie Cordier, Nicolas Blanchard, Stéphanie Hassoun et Céline Moreau pour l'aide précieuse apportée dans l'obtention des contacts avec les établissements, ainsi que Gabriel Roquette, directeur financier au CH de Melun, pour avoir répondu plusieurs fois à nos questions et pour la relecture du rapport précédent.

Nous remercions tout particulièrement Nicolas Blanchard, Denis Raynaud et l'ensemble des membres du comité de suivi pour les remarques et apports qu'ils ont formulés sur les versions préliminaires de ce rapport.

Partie 1 - La post-enquête « Ressources humaines et mise en place de la T2A » et ses objectifs

Le secteur hospitalier, de même que d'autres secteurs d'activité, connaît actuellement des transformations importantes suite aux changements organisationnels et aux évolutions de l'environnement des établissements de santé. La tarification à l'activité (T2A, cf. encadré 1), considérée comme la principale réforme des dernières années, est aussi l'une de celles qui divise le plus les professionnels de santé. Si l'intérêt de la réforme est reconnu par un grand nombre de ces professionnels, les conditions de passage de la dotation globale au financement à l'activité, le nouveau rapport défini par la réforme entre le secteur public et le secteur privé, les inégalités budgétaires entre les hôpitaux, la pertinence des critères de classification ou d'évaluation des actes médicaux et des établissements, ou bien la lisibilité de certaines orientations de la réforme font débat. Enfin, l'évolution des compétences et des ressources humaines qui vont de pair avec la mise en œuvre de la T2A constitue un thème d'interrogation majeur.

Le présent rapport sur les « Ressources humaines (RH) et mise en place de la tarification à l'activité (T2A) » approfondit ce thème grâce aux résultats d'une post-enquête qualitative réalisée à partir d'entretiens semi directifs auprès de responsables hospitaliers. Il est organisé en six parties.

La première partie présente la place de la post-enquête, les questions abordées, sa problématique générale ainsi que les principaux éléments de cadrage statistique utilisés.

La seconde partie précise la méthodologie utilisée pour réaliser l'enquête de terrain auprès des responsables hospitaliers et présente l'espace social des établissements enquêtés.

La troisième partie présente les conditions de la mise en œuvre de la T2A, ses acteurs ainsi que les effets attendus ou redoutés.

La quatrième partie aborde la question des mouvements des personnels, qu'il s'agisse de la mobilité, du recrutement, du turnover ou de l'absentéisme. Elle précise les stratégies élaborées pour faire face à la pénurie de personnel et à l'absentéisme.

La cinquième partie s'intéresse aux transformations des pratiques professionnelles en lien avec l'informatisation. Elle décrit la division du travail de codage lié à la T2A et l'état d'avancement des systèmes d'information partagés.

La sixième et dernière partie présente les principales conclusions de la post-enquête. Elle montre que les représentations de la T2A se déclinent autour de trois pôles, le symbolique, l'instrumental et le socioprofessionnel. Elle revient sur les effets positifs de la T2A, mais aussi sur ses limites et les critiques qu'elle suscite.

Encadré 1 - Présentation générale de la T2A – effets souhaités et effets redoutés¹

Le principe de base de la T2A consiste à payer les établissements en fonction de leur activité mesurée par groupe homogène de malades. Cette nouvelle tarification est appliquée pour l'activité de court séjour (MCO²) des hôpitaux publics (depuis 2004) et privés (depuis 2005). Cette activité est décrite par groupes homogènes de séjours (GHS).

Ses avantages sont principalement l'amélioration de l'efficacité et de la transparence dans le financement des soins. L'activité hospitalière est définie et décrite à travers des groupes homogènes de malades (GHM) plutôt que selon les disciplines de services hospitaliers (ou spécialités). Les GHM identifient les différentes prestations de soins offertes à un même profil de patients. Le principe de base est de payer le même prix pour les mêmes prestations, à condition que l'on puisse fournir une description clinique correcte des patients pris en charge et des différentes prestations délivrées par les établissements de santé. Les prix des GHM sont définis à l'avance (paiements prospectifs). En France, ces prix sont fixés au niveau national. Mais le revenu hospitalier n'est jamais déterminé uniquement par le nombre de patients soignés. Les hôpitaux perçoivent également des recettes (revenus) sous d'autres formes : par exemple pour leurs activités de recherche et d'enseignement, ainsi que pour couvrir les coûts fixes liés à la fourniture de certains services de soins (les services d'urgences, par exemple) ou les coûts liés à des contraintes et particularités locales (aspects géographiques et sociodémographiques de la zone, difficultés d'accès aux soins...).

La T2A a été introduite en particulier pour stimuler/accroître l'activité hospitalière afin de réduire les délais d'attente, notamment dans le cas de la chirurgie programmée. En France, la maîtrise globale des dépenses hospitalières est assurée, dans le schéma actuel, par les objectifs de dépenses pour les hôpitaux de court séjour (public et privé séparément) qui sont définis à partir de l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie). Ce mécanisme prévoit une baisse des tarifs en cas d'augmentation de l'activité hospitalière globale et non en fonction des évolutions d'activité de chaque établissement. Il en résulte un système jugé opaque pour les établissements avec des évolutions peu prévisibles du marché.

Les effets attendus de la T2A sont le fait d'améliorer la **transparence** dans le financement des soins hospitaliers en liant le financement à la production des soins ; proposer un mécanisme « **équitable** », dans la mesure où on paie le même prix pour un même service pour tous les fournisseurs de soins. Cette équité dépend toutefois de la fiabilité de la classification de l'activité en groupes tarifaires et de la prise en compte des facteurs exogènes liés au contexte local et que les établissements ne contrôlent pas, car ils peuvent influencer fortement les coûts. Enfin, la T2A vise également à améliorer l'**efficacité**, à la fois de chaque établissement individuellement et de l'ensemble du marché : elle introduit en effet une forme de compétition stimulant l'efficacité dans un contexte où ces pressions concurrentielles étaient inexistantes jusqu'alors. Ceci suppose cependant que les prix reflètent correctement les coûts des producteurs les plus efficaces.

Les effets redoutés de la T2A

(a) **Risques au niveau de la qualité des soins** : des incitations directes à réduire le coût des séjours, à réduire les soins fournis aux patients, ce qui peut représenter une manière « d'économiser » aux dépens de la qualité ; renvoyer les patients à leur domicile prématurément du point de vue clinique¹; diminuer les services fournis dans le cadre du forfait et à transférer la responsabilité (et le coût) sur les autres (cost shifting) ; identifier avant l'admission les patients pour lesquels les coûts générés par le séjour seront bien pris en compte au sein du tarif GHM et éventuellement décourager l'admission des autres patients moins « rentables » (phénomènes d'aversion au risque et de sélection des patients). Cela résulte de la variation des prises en charge spécifiques des patients au sein d'un même GHM et donc de l'hétérogénéité des coûts réels derrière un même tarif GHM. Les établissements peuvent aussi décider, en amont, d'éviter de se spécialiser dans les pathologies où la variation de case-mix est importante : aux États-Unis, une grande partie des établissements ont décidé de fermer leurs services d'urgence entre 1983 et 1986. Enfin, le risque d'un « comportement de codage opportuniste » (upcoding), au moins à court terme. Cela peut inciter également les établissements à fournir des soins ou des prestations inutiles afin de classer certains patients dans des GHM plus rémunérateurs. Ces codages fallacieux peuvent être repérés et corrigés à moyen ou long terme grâce à des contrôles efficaces³.

(b) **Risques au niveau de la maîtrise des dépenses** : la T2A génère un risque d'induction de la demande par les établissements, notamment pour les hospitalisations de jour et certaines chirurgies légères. L'introduction d'un financement à l'activité à l'hôpital peut aussi modifier l'équilibre des soins entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire et ainsi avoir des répercussions sur les coûts médicaux en médecine de ville.

¹ Nous suivons ici les principaux arguments fournis par Zeynep Or et Thomas Renaud (2009). On peut se reporter à ce document pour un état des lieux de la littérature d'autres pays (anglo-saxons en particulier) qui appliquent la T2A.

² Voir à la fin l'index avec la liste des principaux sigles utilisés.

³ En France, le contrôle des dépenses hospitalières globales est assuré par un mécanisme de baisse de tarifs en fonction de l'augmentation de l'activité globale. Il n'existe pas de seuils d'activité individualisés par établissement et une augmentation de l'activité globale ne reflète pas forcément le même gain d'efficacité pour tous les établissements. Ainsi, à enveloppe globale constante, certains établissements vertueux peuvent être pénalisés lorsque d'autres établissements, pratiquant le cas échéant la sélection de patients et l'induction de la demande, voient leurs recettes augmenter sans pour autant être plus efficaces du point de vue de la collectivité.

¹ Pour ce point comme pour les précédents, notons que le précédent système antérieur présentait également des défauts : il n'est pas certain que les incitations à la qualité se soient réduites avec la T2A.

La post-enquête dans le dispositif d'enquête C.O.I.

L'importance du thème des ressources humaines dans le contexte de la mise en place de la T2A explique qu'il ait été choisi par la DREES dans le cadre d'un appel d'offres concernant une post-enquête auprès des directions d'établissements hospitaliers. Cette post-enquête, c'est-à-dire une enquête qualitative réalisée en face à face auprès d'une trentaine de membres des directions d'établissements, doit être resituée dans le contexte du dispositif d'enquête qui a présidé à sa réalisation. Elle est un prolongement thématique de l'enquête « Changements Organisationnels et Informatisation dans les établissements de santé » (COI-H) de 2007 réalisée par la DREES, en collaboration avec le CEE, auprès d'un échantillon des directions d'établissements hospitaliers, publics et privés. L'objectif de cette enquête était de mieux cerner l'ampleur et l'impact des transformations en cours sur le plan de l'organisation hospitalière et des nouveaux outils informatiques et de gestion utilisés².

L'enquête « COI-H » de 2007 s'insère par ailleurs dans un dispositif d'enquête plus large dont l'objectif est de coupler des enquêtes auprès de dirigeants à des enquêtes auprès de salariés sur un thème transversal à l'ensemble des secteurs d'activité, celui des « Changements organisationnels et de l'informatisation »³ Elle est ainsi l'extension dans le secteur de la santé du dispositif d'enquête « COI » 2006 concernant les entreprises du secteur marchand (*cf.* encadré 2), une autre extension ayant été menée dans la fonction publique d'État. Si une part importante des questions est commune aux différents secteurs à des fins de comparaison, une adaptation substantielle du questionnaire a été nécessaire pour correspondre aux situations rencontrées par les établissements de santé. Ce travail a été mis au point sur la base d'entretiens approfondis auprès d'une vingtaine de directeurs et responsables de structures hospitalières⁴.

Encadré 2 - Le dispositif d'enquête « C.O.I. » et l'enquête « C.O.I.-H » de 2007

L'enquête « COI » sur les Changements Organisationnels et l'Informatisation est un dispositif d'enquêtes couplées entreprises-salariés qui décrit l'organisation interne, l'informatisation et le travail dans les entreprises, en associant deux points de vue complémentaires, celui des directions qui mènent ces changements (« volet employeurs ») et celui des agents qui les mettent en œuvre « sur le terrain » (« volet salariés »). Ce dispositif d'enquête du système statistique public a fait l'objet d'un partenariat entre le CEE, la DARES et l'INSEE.

Le « volet employeurs » de l'enquête « COI » cherche à cerner l'organisation stratégique de l'entreprise et la mobilisation des outils de gestion et d'informatisation dans ses différentes fonctions. Le « volet salariés » apporte une information complémentaire sur l'organisation du travail, sur l'usage des Techniques de l'Information et de la Communication, mais aussi sur les conditions et le rythme de travail, le fonctionnement des collectifs de travail, l'acquisition et l'utilisation des compétences, les contreparties salariales.

Dans les secteurs marchands, la collecte du volet « employeurs » a eu lieu fin 2005-début 2006.

Dans le secteur hospitalier la collecte auprès des directions d'établissements a eu lieu de mai à juillet 2007. Environ 800 structures, parmi les plus grandes et les plus représentatives du secteur, ont été interrogées. Dans le secteur public, l'enquête a été réalisée auprès de centres hospitaliers universitaires (CHU), centres hospitaliers régionaux (CHR) ou centres hospitaliers (CH). Dans le secteur privé, sont concernés les centres de luttés contre le cancer et les établissements de soins spécialisés en Médecine, chirurgie, obstétriques (MCO).

La collecte du « volet salariés » a eu lieu au cours du deuxième trimestre 2006 auprès des salariés du secteur marchand, mais également auprès de salariés de la fonction publique d'État et de 2000 salariés du secteur hospitalier. Ces derniers font partie des établissements interrogés pour l'enquête « COI-H » afin de bénéficier du dispositif de couplage de l'enquête « COI » dans le secteur de la santé.

² Pour les premiers résultats de l'enquête COI-H 2007 voir : (Cordier, 2008).

³ Sur ce thème voir : (Greenan, Moatty, 2005 ; Greenan, Guillemot, Kocoglu, 2010).

⁴ (Gheorghiu, Guillemot, Moatty, 2007).

Le questionnaire de l'enquête « COI-H » auprès des directions d'établissements hospitaliers (cf. annexe 1) a fait l'objet d'une large concertation ainsi que d'un test auprès de quelques établissements. Les domaines enquêtés concernent les restructurations au sein des établissements et les partenariats externes, les outils informatiques et le système d'information, les outils de gestion de la relation avec les patients, les outils logistiques, l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines. Un éclairage particulier est apporté sur la mise en œuvre de la T2A et de la nouvelle gouvernance.

Questions et hypothèses de recherche

L'objectif de la post-enquête était double. L'objectif principal était d'approfondir les questions liées à la mise en place de la T2A et ses liens avec les ressources humaines, dans l'optique notamment d'apporter un éclairage qualitatif venant s'ajouter aux résultats statistiques obtenus à partir de l'enquête. Un objectif secondaire était d'approfondir la signification des réponses des enquêtés sur la question des systèmes d'information partagés. En conséquence, la problématique qui a été élaborée vise à analyser les effets de la mise en œuvre de la T2A sur la gestion des ressources humaines et s'intéresse plus largement aux recompositions des groupes dirigeants et aux nouvelles formes de coopération qui se mettent en place. Elle aborde également le codage des actes en lien avec la T2A et la question des systèmes d'information partagés.

Les attentes de la DREES

Dans le contenu de son appel d'offres pour une post-enquête sur « Ressources humaines et mise en place de la T2A » la DREES s'intéressait aux difficultés rencontrées lors de la mise en place de la T2A en raison de moyens humains insuffisants ou de difficultés de gestion du personnel, tel que l'absentéisme, le turn-over ou des difficultés de recrutement. Elle s'interrogeait sur le fait que ces difficultés étaient plus déclarées dans l'enquête par le secteur public que dans les cliniques privées. D'autre part, l'appel d'offres s'intéressait au fait que le fonctionnement en T2A nécessite l'adaptation de l'organisation et des compétences. L'objectif de la post-enquête étant d'analyser les évolutions organisationnelles, d'interroger les relations entre les personnels constituant les équipes, de repérer l'émergence de nouveaux métiers, etc. L'étendue de ces différentes interrogations impliquait d'aborder la question des ressources humaines lors de la post-enquête avec une vision extensive.

Par ailleurs, un thème secondaire de la post-enquête portait sur les systèmes d'information permettant aux professionnels de consulter des données sur les patients ou d'alimenter un dossier médical partagé. Les réponses des établissements hospitaliers aux questions de l'enquête statistique étaient cruciales sur un sujet décisif pour promouvoir le partage de l'information et la coopération des professionnels de santé en milieu hospitalier. Il s'agissait d'interroger la signification des réponses données à ce sujet et d'évaluer l'état d'avancement effectif et la portée de son extension dans les différents services au sein des établissements enquêtés.

Problématique générale

La post-enquête s'appuie sur les premiers résultats de l'enquête « Changements organisationnels et informatisation dans les établissements de santé » publiés par la DREES, (*Études et Résultats*, n° 633, avril 2008). Elle fait suite également à la pré-enquête réalisée en 2006-2007 au moment de la préparation du questionnaire de l'enquête elle-même (Gheorghiu, Guillemot, Moatty, 2007). La post-enquête vise à valider et à approfondir une partie des réponses obtenues dans cette enquête sur les effets des réformes organisationnelles récentes. La problématique initiale de la post-enquête a visé à approcher en premier lieu les conditions de la mise en œuvre de la T2A et ses effets sur la GESTION DE LEURS RESSOURCES HUMAINES (A), en essayant de répondre aux questions soulevées par l'analyse des résultats statistiques de l'enquête, notamment sur les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de la réforme, plus fréquentes dans le secteur public que dans le secteur privé : moyens humains insuffisants, absentéisme, turn-over, difficultés de recrutement. En second lieu, la post-enquête s'intéresse aux RECOMPOSITIONS DES GROUPES DIRIGEANTS ET AUX NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATION (B) qui se mettent en place. Enfin, une partie de la post-enquête est consacrée à l'étude du sens des réponses apportées aux questions posées dans le cadre de l'enquête par questionnaire sur les SYSTÈMES D'INFORMATION PARTAGÉS (C), afin de mieux comprendre les réponses obtenues et les différences observées entre les établissements.

(A) Ressources humaines et gestion des nouvelles orientations professionnelles

L'opposition entre la vision économique et la vision médicale de l'hôpital semble avoir été remise en cause depuis l'adoption du principe de la T2A dans le secteur public et celui du rapprochement des tarifs avec le secteur privé. En même temps, le cloisonnement entre les deux mondes professionnels des gestionnaires et des médecins pourrait être dépassé dans le cadre de la nouvelle gouvernance. La T2A oriente la rentabilité des spécialités médicales tandis que l'organisation en pôles (nouvelle gouvernance) vise à établir des formes nouvelles de coopération et à modifier l'équilibre des pouvoirs entre médecins et directions administratives.

Les transformations et les rationalisations actuelles sont confrontées aux reconfigurations des identités professionnelles et des cultures d'organisation construites sur un temps plus long et qu'elles contribuent à faire évoluer. Ces évolutions sont souvent analysées par les gestionnaires comme des résistances au changement ou la défense d'intérêts corporatifs alors que l'existence d'une culture professionnelle et d'un esprit de corps fait partie des facteurs d'efficience au travail (Freidson, 1984). Mais, malgré la montée du poids de « l'économique » et la régulation des dépenses de santé, les logiques de nature administrative ou professionnelle restent encore déterminantes dans ce secteur (Benamouzig, 2005).

Les différentes catégories de personnel ne sont pas également concernées par ces changements, et ces différences ne distinguent pas seulement les médecins des gestionnaires. De nouvelles compétences sont apparues au sein des métiers existants et des spécialisations nouvelles préfigurent des nouveaux métiers suite à la mise en place de la T2A. Les jeunes générations de dirigeants se différencient des anciennes en raison des évolutions des formations, ce qui joue sur leurs points de vue mais aussi sur leurs pratiques, comme celles liées à l'informatique. Ce clivage se combine avec des évolutions profondes des métiers, alors que certains des anciens directeurs adjoints étaient des « économistes », les plus jeunes ont été

formés aux normes de gestion. De même, l'acceptation ou non des contraintes économiques (T2A) traverse les générations à travers la naturalisation de la contrainte économique plus fréquente chez les plus jeunes médecins. Il s'agit d'un clivage dans l'identité professionnelle de générations qui ont connu des conditions très différentes dans les contextes de formation de leurs habitus professionnels.

La remise en cause par les réformes de certaines frontières qui séparaient les groupes professionnels et l'apparition de métiers et de postes nouveaux, ou la délégation systématique de certaines activités, interrogent aussi la redéfinition des identités professionnelles. La question de l'interdépendance entre les différents groupes qui constituent les collectifs de travail et de leurs transformations conjointes, ainsi que celle de l'identité des acteurs qui définissent ou mettent en œuvre les réformes se pose. Les résultats de notre première enquête nous permettent de faire l'hypothèse d'un univers confronté à des désynchronisations entre les différents groupes, corps et segments professionnels, dues à leurs rythmes différents de développement, de mobilité ou d'activité.

Pour les étudier, la gestion des ressources humaines (avec le rôle de la hiérarchie, des salariés, des intervenants extérieurs, les outils de gestion des ressources humaines ou les difficultés de recrutement) sera un chapitre central de l'enquête. Il permettra de faire un bilan des changements intervenus, de l'accompagnement et des difficultés de mise en œuvre de changements importants, de la nouvelle gouvernance comme de la tarification à l'activité. Des questions comme la gestion du personnel en fonction des compétences (le « management des compétences »), les nouvelles approches des carrières dans le secteur public, la gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences seront abordées.

(B) Recomposition des groupes dirigeants, nouvelles formes de coopération au travail et mobilisations

Le collectif de dirigeants des hôpitaux comprend deux professions, administrative et médicale, qui diffèrent de par leurs formations, leurs trajectoires, leurs positions hiérarchiques, leur culture et leur expérience professionnelle, d'où la diversité des prises de position sur les changements organisationnels récents ou en cours dans leurs établissements. Les membres des deux groupes travaillent ensemble dans des équipes de direction ou des comités exécutifs, la réforme de la gouvernance visant à renforcer leur coopération. Les deux groupes diffèrent essentiellement par leur mobilité et par les sources de leur légitimité et de leur autorité (les uns sont élus, les autres nommés). Suite aux réformes récentes, les équipes dirigeantes se sont recomposées, ce qui a déterminé la transformation de statuts et de carrières. Au-delà du fonctionnement des équipes de direction dans ces nouvelles conditions, se pose la question des nouvelles stratégies de mobilisation des personnels. Par ailleurs, on observe généralement un décalage installé entre les identités professionnelles des différentes générations. Expliqué habituellement par les différences de formation, il suppose aussi des différences d'aspirations, et l'actualisation des identités professionnelles par les jeunes générations ne semble plus correspondre aux attentes des dirigeants.

Plusieurs enquêtes ont observé les effets des changements sur le travail en équipe, aussi bien au niveau des équipes de direction, entre gestionnaires et soignants, que dans les équipes de soins. Il sera nécessaire d'interroger des personnels soignants sur les nouvelles formes de travail collectif depuis l'instauration de la T2A.

Pour effectuer leur activité, les différentes catégories d'acteurs du milieu hospitalier sont « condamnées » à coopérer, bien que les frontières entre les groupes professionnels (médecins et infirmiers, spécialités médicales) se creusent et que les limites entre coopération et concurrence ne soient pas toujours claires. Au-delà de la coopération spontanée, la coopération est aussi devenue une contrainte à travers le nouveau cadre organisationnel, ainsi que par les situations de « délégation en cascade » (Gheorghiu et Moatty 2005 & 2006). Il sera nécessaire d'étudier comment s'articulent les représentations des « trois pouvoirs » (administratif, médical et infirmier) au sein de ces équipes dans un cadre rénové par les réformes au sujet des décisions stratégiques des établissements ainsi que les désaccords et compromis qui ont marqué l'introduction de la T2A.

(C) Les systèmes d'information partagés

En conformité avec la demande explicite du commanditaire, un objectif secondaire de la post-enquête est d'étudier les systèmes d'information permettant de consulter ou d'alimenter un dossier médical partagé, ainsi que d'éventuelles différences entre le sens des questions pour le statisticien et l'enquêté, sur les systèmes d'information partagés dans les établissements concernés. Il s'agit de comprendre les résultats de l'enquête sur le degré d'avancement des dossiers médicaux partagés, qui semblent paraître surprenants aux professionnels du secteur – plus avancés qu'ils ne l'observent par ailleurs. Au-delà de la question des systèmes d'information et du dossier médical partagé, la post-enquête s'intéresse également à la question du codage des activités en lien avec la question de la T2A.

Le cadrage statistique de la post-enquête

Pour le cadrage statistique de la post-enquête dont les résultats détaillés sont présentés dans l'annexe 2, des indicateurs ont été élaborés à partir de plusieurs questions posées aux responsables hospitaliers sur l'intensité de l'impact de l'introduction de la T2A dans leur établissement, les difficultés rencontrées dans sa mise en œuvre et celles liées aux RH ou d'ordre budgétaire.

Ces questions sont analysées en lien avec les caractéristiques des établissements :

- le statut et la taille ;
- les spécialités ou activités présentes (chirurgie, obstétrique, urgences...) ;
- les restructurations et l'évolution de l'activité (développement de l'ambulatoire, ouverture de nouvelles spécialités...) ;
- la transformation de l'environnement (évolution de la population accueillie et des attentes des usagers, isolement ou appauvrissement des usagers, concurrence ou partenariat avec d'autres établissements de santé ...) ;
- les indicateurs sur les RH (moyens humains, difficultés de recrutement...) et sur les difficultés budgétaires.

L'objectif est de mettre en évidence les corrélations entre les difficultés d'introduction de la T2A et les types d'établissements ainsi que d'identifier leur importance. Les résultats statistiques ont également servi à orienter les choix pour la sélection d'établissements suffisamment typiques et/ou contrastés pour l'interrogation par entretien. Rappelons cependant que les résultats statistiques concernant la T2A ont été recueillis mi 2007, alors que

ceux de la post enquête ont été recueillis entre décembre 2008 et juillet 2009, c'est-à-dire à un moment où la mise en œuvre de la T2A était beaucoup plus avancée.

Un très fort impact de la T2A sur l'activité des établissements

Pour plus de la moitié des établissements, l'impact de l'introduction de la T2A sur leur activité est jugé « très fort », et 88 % d'entre eux déclarent un impact « fort » ou « très fort » : cet impact est donc massif et rares sont les responsables d'établissements qui se sentent peu concernés par la T2A.

La proportion d'impacts forts ou très forts est particulièrement importante, 95 %, dans les grands établissements du public (800 salariés et plus) et du privé non lucratif (300 salariés et plus). Les établissements de plus petite taille ou du secteur lucratif sont un peu moins impactés, avec un niveau qui reste très élevé (80 %). Si des variations de l'impact de la T2A existent selon le statut ou la taille, celles-ci sont d'ampleur limitée relativement à l'intensité de l'impact massivement considéré comme fort ou très fort.

Les variations de l'impact ressenti de la T2A dépendent surtout des spécialités des établissements. Les déclarations d'impact faible ou très faible proviennent plus souvent de ceux qui n'ont pas de service d'urgences ou d'obstétrique, et surtout de ceux qui n'ont pas d'activité chirurgicale, même si ces derniers sont peu nombreux dans le champ de l'enquête.

À spécialités données, une modélisation logistique montre que la probabilité de déclarer un impact fort ou très fort de la T2A est significativement plus importante dans les établissements du privé non lucratif de plus de 300 salariés et dans les établissements publics que dans les établissements lucratifs. De plus, quels que soient le statut et la taille, l'absence d'une activité en obstétrique diminue significativement l'impact ressenti de la T2A, tandis que l'absence de soins de suite l'augmente. Mais, au sein du seul secteur public, la présence des spécialités ne joue guère de rôle. Dans le privé, les grands établissements non lucratifs ont une plus forte probabilité d'impact élevé de la T2A.

Enfin, l'impact de la T2A est plus élevé dans les établissements qui ressentent des difficultés dans son application : l'impact est sans doute alors considéré comme un bouleversement qui s'accompagne de difficultés, que celles-ci soient provoquées ou révélées par la mise en œuvre de la T2A.

Une introduction de la T2A parfois perturbée par les difficultés des établissements

L'introduction de la T2A peut avoir été perturbée de manière forte ou très forte par différentes difficultés rencontrées par ailleurs par l'établissement (difficultés budgétaires, problèmes techniques, difficultés d'adaptation par les salariés...). Les difficultés de l'établissement ayant retenti sur l'introduction de la T2A sont différentes selon les secteurs. Dans le public, les dirigeants indiquent essentiellement des contradictions avec certaines missions de leur établissement, l'insuffisance de moyens humains et des difficultés d'adaptation des salariés. Le secteur privé non lucratif signale surtout des difficultés liées à l'insuffisance de moyens humains. Dans le secteur privé lucratif, les difficultés sont moindres à l'exception des conflits avec l'extérieur. Les grands établissements du public et du privé non lucratif sont ceux qui cumulent le plus de difficultés ayant retenti sur l'introduction de la T2A.

« *Toutes choses égales par ailleurs* », notamment à spécialités et environnement donnés, le public et le privé non lucratif s'opposent au privé lucratif, secteur qui déclare le moins de difficultés ayant perturbé l'introduction de la T2A.

Le cumul des difficultés budgétaires

Au-delà de l'application de la T2A, un score de difficultés budgétaires construit à partir de trois questions montre que les établissements non lucratifs de grande taille rencontrent davantage de difficultés budgétaires. Une modélisation de ce score en fonction des catégories d'établissement, des spécialités et des caractéristiques de l'environnement montre que l'environnement des établissements semble avoir un lien significatif avec les difficultés budgétaires. Les déclarations d'une concurrence locale forte et d'évolution des attentes des patients et familles (en matière d'information, de qualité ou de risques) ayant affecté l'établissement au cours des quatre dernières années augmentent significativement la probabilité de cumul des difficultés budgétaires.

Le cumul des difficultés de ressources humaines

Les établissements du secteur privé lucratif déclarent moins de difficultés de recrutement de médecins et être moins perturbés dans l'application de la T2A par des moyens humains insuffisants, tandis ceux du public sont moins en difficulté pour le recrutement des infirmières. Le privé non lucratif a tendance à cumuler toutes les difficultés, notamment de recrutement de médecins (surtout les grands établissements), d'infirmières (surtout les plus petits) et des difficultés d'application de la T2A liées aux moyens humains (surtout les grands). Mais, en revanche, l'application de la T2A est plus perturbée par des difficultés d'adaptation du personnel dans les grands établissements du public. Au total, en cumulant ces indicateurs de difficultés concernant les RH, les établissements du privé non lucratif semblent les plus affectés.

Une modélisation tenant compte non seulement des spécialités mais aussi de l'environnement confirme les difficultés rencontrées par le secteur privé non lucratif, et met en évidence celles des établissements disposant d'un service d'urgence et dont l'environnement appauvri a affecté l'activité. Au sein du secteur public, on confirme que l'appauvrissement de la population environnante va de pair avec une probabilité de cumul des difficultés RH plus élevée, de même que l'existence d'un service d'urgences, tandis que l'insertion dans un réseau ville-hôpital semble plutôt protéger de ces difficultés.

Cumul des difficultés budgétaires et difficultés RH

Les difficultés budgétaires sont significativement corrélées avec celles rencontrées dans le domaine des ressources humaines, même lorsqu'on tient compte de la taille et du statut. Trois indicateurs de difficultés budgétaires sont constitués : l'importance accordée à l'amélioration de la gestion financière, l'importance accordée à la réduction des charges et des coûts et le fait que l'introduction de la T2A soit perturbée par des difficultés budgétaires. Ces trois indicateurs de difficultés budgétaires sont surtout corrélés avec deux difficultés rencontrées lors de l'introduction de la T2A : les difficultés d'adaptation, d'appropriation ou d'utilisation par les salariés, suivies par l'insuffisance des moyens humains ou des difficultés de gestion du personnel (absentéisme...).

De nombreux établissements privés non lucratifs cumulent d'importantes difficultés budgétaires et RH. «*Toutes choses égales d'ailleurs*», la probabilité de cumuler ces difficultés augmente avec l'appauvrissement ou la précarisation de la population environnante, une concurrence locale élevée et l'augmentation des attentes des usagers.

Partie 2 - L'enquête de terrain

Précisions sur la méthode

La partie qualitative de la post-enquête utilise une partie des données et des ressources cumulées lors de la pré-enquête réalisée en 2006-2007. Elle approche les conditions de la mise en œuvre de la T2A dans plusieurs catégories d'établissements, ses effets sur la gestion des RH, et apporte des éléments de compréhension sur les difficultés rencontrées. En même temps, elle essaye de saisir l'impact de cette réforme sur un ensemble de problèmes plus anciens de ces établissements comme l'insuffisance des moyens humains, l'absentéisme, le turn-over ou les difficultés de recrutement. Un second objectif est d'étudier les systèmes d'information permettant de consulter ou d'alimenter un dossier médical partagé.

L'enquête a été réalisée comme prévu dans les secteurs public et privé, lucratif et non lucratif. Sans être représentatifs des différentes catégories d'établissements et territoires de santé, les établissements retenus dans l'échantillon se distinguent par la diversité des bassins de santé respectifs et par leur emplacement géographique au nord, au centre, au sud et au sud-ouest, ainsi qu'en région parisienne. Une majorité d'entre eux se trouvent dans des zones considérées comme socialement en difficulté, où l'hôpital remplit un rôle à la fois d'institution refuge, souvent en tant que principal ou un des principaux employeurs de sa région, mais aussi de vecteur des réformes modernisatrices de régions dites « enclavées ».

Ces territoires diffèrent de par leur taille, les caractéristiques de leurs populations (en termes surtout d'âge, des conditions d'accès à l'emploi), la mobilité, la densité de l'offre de soins, les distances géographiques qui séparent les établissements, et leurs profils (public ou privé, spécialités médicales représentées, équilibre ou déséquilibre financier).

L'enquête a été menée auprès de douze établissements⁵ au sein des secteurs public et privé, lucratif et non lucratif : pour le secteur public, deux CHU (CHU-A, 5 ; CHU-B, 3)⁶ ; 5 CH (CH-A, 2 ; CH-B, 9 ; CH-C, 7 ; CH-D, 7 ; CH-E, 2). Un institut privé non-lucratif (PNL-A, 3) et un centre chirurgical (PNL-B, 1), pour le secteur privé non lucratif. Trois cliniques (PL-A, 3 ; PL-B, 1 ; PL-C, 1) pour le secteur privé lucratif. Les entretiens ont été réalisés auprès de différents représentants de la direction : directeurs, directeurs adjoints et/ou les directeurs financiers, DRH, DIM, responsables informatiques, présidents de la CME et responsables de pôle, directeurs des soins et cadres supérieurs de santé.

L'enquête de terrain a été réalisée entre décembre 2008 et juillet 2009, ses résultats provisoires ont été présentés dans plusieurs colloques⁷. La littérature disponible sur la T2A a été consultée et un fond documentaire relevant des articles de la presse écrite sur les débats autour des projets de loi et les réformes de l'hôpital a été constitué.

⁵ Une des personnes interviewées exerce ses fonctions de DIM auprès de plusieurs cliniques appartenant au même Groupe privé (PL-C). Nous les avons considérées ici comme étant une seule structure.

⁶ Le chiffre entre parenthèses indique le nombre d'entretiens réalisés dans l'établissement. Les sigles utilisés correspondent généralement aux noms communs des établissements – CHU, centre hospitalo-universitaire, CH, centre hospitalier, PNL, clinique privée non-lucrative, PL, clinique privée lucrative. Voir aussi la liste des sigles utilisés en fin du rapport.

⁷ AFS, avril 2009 ; ACFAS, mai 2009 ; JIST, juin 2009 ; ACFAS, mai 2010 (Gheorghiu, Guillemot, Moatty, 2009a & 2009b).

42 personnes ont été interviewées⁸. Dans huit des douze établissements il a été possible d'interviewer plusieurs personnes. Même là où un seul représentant de la direction a été interviewé, l'entretien a été assez riche pour couvrir la plus grande partie de la problématique de l'enquête. Nous avons ainsi interviewé, en fonction de leurs positions :

- les **directeurs** de plusieurs établissements (2 CH, 2 CHU, 2 cliniques PSPH) ;
- les **directeurs adjoints, directeurs financiers** d'1 CHU, de 3 CH, de 2 polycliniques (privé lucratif) ;
- les **DRH** des 2 CHU, de 4 CH, de la polyclinique PL-A ;
- les **DIM** des 2 CHU, de 4 CH, d'un groupe de cliniques privées (lucratif)⁹ ;
- les **présidents de la CME** de 3 CH et des responsables de pôle du CHU et de 4 CH (dans un CH, le président de la CME est DIM également) ;
- les **directeurs des soins et les cadres supérieurs de santé** (de pôle) : d'1 CHU et de 3 CH ;
- les **responsables informatiques** d'un CH et d'une Polyclinique (secteur privé non lucratif).

Comme dans l'enquête précédente, les membres de l'administration (y compris les cadres de santé) ont montré plus d'intérêt pour l'enquête, et les entretiens avec eux ont été plus développés. Cela a été également le cas des entretiens avec les médecins DIM¹⁰ ou les responsables des services informatiques. La participation à l'enquête a été plus inégale dans le cas des médecins (deux situations d'entretiens de plus courte durée, réserve manifestée à l'égard de la problématique de l'enquête). La plupart des entretiens ont dépassé une heure, et trente-deux ont été retranscrits en quasi-totalité.

L'espace social des établissements médicaux enquêtés

La portée de la post-enquête est limitée par le fait que les établissements enquêtés se situent essentiellement parmi les « bons élèves », ceux dont les directions sont fortement impliquées dans les réformes. Le choix s'est imposé d'abord pour leur plus grande facilité d'accès et pour des possibilités d'observation de « bonnes pratiques ». Ensuite, parce que enquêter dans des établissements en difficulté risquait de révéler une trop grande hétérogénéité de cas. La plupart des établissements ont été enquêtés suite à leur sélection dans des strates de l'échantillon de l'enquête (cf. annexe 2.2), trois n'en font pas partie car ils ont été choisis dans la mesure où ils constituaient des cas particulièrement intéressants et faciles d'accès.

Par ailleurs, du fait que la T2A a été imposée en 2005 dans le privé et est montée en charge progressivement dans le public pour atteindre 100 % en 2008, les établissements interrogés n'étaient pas au même niveau dans la mise en place de la réforme, ce qui peut faire apparaître des différences de perceptions entre établissements publics et privés.

⁸ Des entretiens ont été réalisés hors échantillon avec Stéphanie Rousval - Auville (FEHAP) et Laurent Castra (FHP) ; nous avons réalisé aussi une retranscription des interventions dans le cadre du séminaire de l'IRESO de Régine Bercot et Ivan Sainsaulieu, avec la participation d'André Grimaldi, Jean de Kervasdoué, Didier Tabuteau (séance de janvier 2009).

⁹ Dans un CH, nous avons interrogé l'ancien et l'actuel DIM.

¹⁰ A l'exception d'un directeur d'établissement « en difficulté » et de son DIM, qui avaient refusé l'entretien.

Cependant, l'analyse comparée des réponses obtenues aux questionnaires de la part des établissements figurant dans l'échantillon de l'enquête de terrain montre qu'ils se situent dans la moyenne des réponses obtenues à l'enquête nationale sur plusieurs indicateurs : l'impact de l'introduction de la T2A et de la nouvelle gouvernance sur les évolutions de l'établissement depuis 2003 ; la signature d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) ; être confronté à des difficultés budgétaires, à des moyens humains insuffisants ou à des difficultés de gestion du personnel, à des difficultés de recrutement (tableau A).

Tableau A - Caractéristiques des établissements enquêtés (triés par taille décroissante)

	Depuis 2003, quel a été l'impact des évolutions suivantes sur l'activité de votre établissement ?		Dans quelle mesure l'introduction de la T2A a-t-elle été perturbée par les difficultés suivantes ?		Et dans quelle mesure votre direction éprouve-t-elle des difficultés de recrutement ¹ de ...	
	L'introduction de la tarification à l'activité Q3_1	La nouvelle gouvernance Q3_3	Difficultés budgétaires Q36_3	Moyens humains insuffisants ou difficultés de gestion du personnel Q36_4	Personnel médical et sages-femmes ? Q27_1	Personnel soignant ? Q27_2
CH-A	Très fort	Très fort	Fort	Faible	Fort	Fort
CHU-A	Très fort	Très fort	Faible	Sans Objet	Faible	Faible
CH-B	Très fort	Très fort	Très fort	Faible	Très fort	Nulle ou très faible
PNL-B	Très fort	Nulle ou très faible	Très fort	Fort	Fort	Très fort
CH-C	Fort	Fort	Très fort	Fort	Fort	Fort
PL-A	Fort	Nulle ou très faible	Nulle ou très faible	Faible	Très fort	Très fort
CH-E	Très fort	Fort	Faible	Faible	Très fort	Faible
CH-D	Faible	Nulle ou très faible	Très fort	Fort	Très fort	Faible
PNL-A	Fort	Nulle ou très faible	Très fort	Très fort	Fort	Très fort

N.B. : Le CHU-B, la Clinique PL-B et la clinique PL-C ne figurent pas dans ce tableau.

Ainsi, l'impact de l'introduction de la T2A sur leur évolution est considéré comme « très fort » par 5 des 9 établissements, trois le considérant « fort » et un seul « faible » (CH-D). Par contre, si l'impact de l'introduction de la Nouvelle Gouvernance a été ressenti fortement ou très fortement par 5 établissements, pour 4 autres il a été « nul ou très faible » : il s'agit essentiellement des établissements privés non lucratifs et de petits hôpitaux publics, dont l'organisation n'a pas été modifiée.

Cet impact de la T2A est ainsi estimé comme étant à l'origine des difficultés budgétaires, de manière forte et très forte par la majorité (6 sur 9), mais le CHU-A, un petit hôpital de province (CH-E) et la polyclinique du Sud (PL-A) se sentent moins concernés. Bien que « difficultés budgétaires » et « moyens humains insuffisants » soient régulièrement associés, la T2A est moins souvent perçue comme étant à l'origine de la pénurie de personnel et des difficultés de gestion des ressources humaines, elle joue un rôle « fort » pour trois établissements (PNL-B, CH-C, CH-D) et « très fort » pour l'institut PNL-A. Certains établissements dissocient la « responsabilité » attribuée à la T2A pour les difficultés budgétaires et celle des moyens humains insuffisants des problèmes de gestion des RH : pour le CHU-A et le CH-B les deux types de difficultés ne sont pas associés.

En examinant de plus près cette deuxième catégorie de difficultés, il apparaît que les différences entre les problèmes de recrutement rencontrés par ces établissements diffèrent entre le personnel médical et le personnel soignant : tous les neuf ont des problèmes de recrutement du personnel médical, « très fort » (CH-B, PL-A, CH-E, CH-D) ou « fort » (les

autres). Par contre, le recrutement des personnels de soins pose peu de problèmes à quatre d'entre eux, au CHU-A, CH-B, CH-E, CH-D (établissements publics moyens et petits).

On peut ainsi dire que les établissements étudiés se situent dans l'espace social selon deux axes analytiques construits à partir de deux critères.

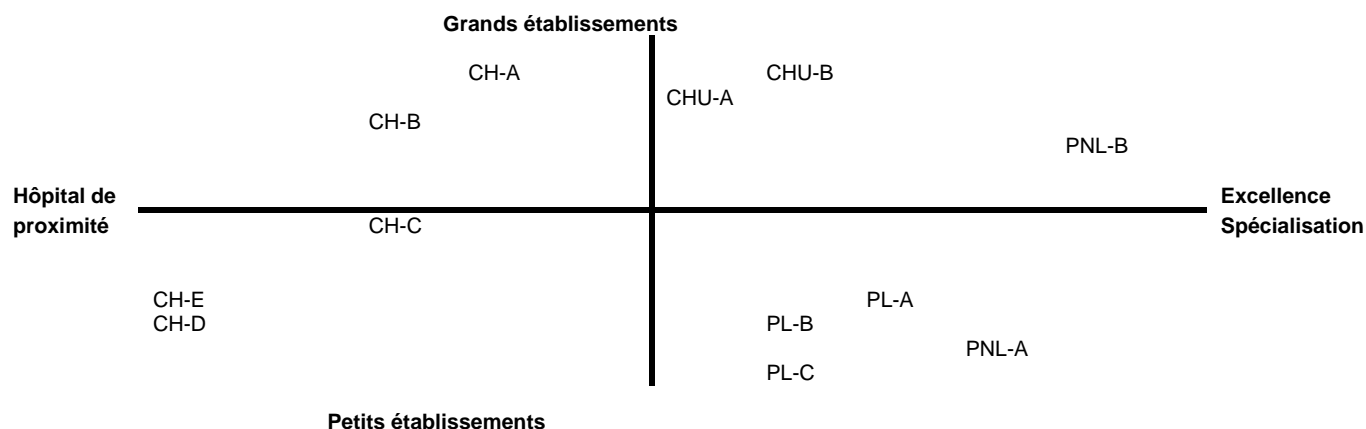
Le premier est celui de la taille et du positionnement dans la hiérarchie du monde médical, des disciplines ou des spécialités assurées. Les grands hôpitaux, les CHU, mais aussi des établissements référents pour un territoire peuvent influencer, voire contrôler des hôpitaux de moindre taille, directement ou par l'intermédiaire des ARH. La mobilité des médecins dans une conjoncture démographique de crise, « pris » aux petits établissements par les « grands », ou le maintien d'un service déficitaire, comme celui d'hématologie du CH-A « à la demande » du CHU de la même région sont révélateurs des rapports de domination dans cet espace. Ainsi, les hôpitaux référents de leur territoire, sans véritable concurrent dans leur proximité, se différencient des établissements en position moins favorable, plus exposés à la concurrence et plus menacés, dans la perspective de la nouvelle loi HPST* sur les CHT*. Au moment de l'enquête, certains établissements, situés dans la zone moyenne – inférieure de cet espace, risquaient de perdre leur statut de Centre Hospitalier, la fermeture d'autres étant envisagée.

Le second critère est celui qui distingue les établissements en fonction de leur spécialisation et de « l'excellence » : des cliniques très performantes et internationalement reconnues s'opposent sur cet axe aux petits établissements « de proximité ». Souvent polyvalents, les CHU détiennent ainsi des positions élevées dans certaines spécialités médicales, mais sont aussi plus dépendants de leur environnement immédiat, des rapports existants entre l'offre et la demande de soins dans leur « bassin de santé ».

Trois établissements se situent à l'extrémité supérieure du premier axe, le PNL-B et les deux CHU. C'est le premier qui revendique une « stratégie de niche, et donc d'excellence », fondée sur ses priorités scientifiques et les performances de ses professionnels, construite par opposition explicite au « modèle français » d'hôpital, polyvalent et de proximité.

À l'extrémité inférieure du premier axe se trouvent des petits hôpitaux, dont l'avenir est incertain malgré leurs bons résultats. L'expérience réussie du *groupement de coopération sanitaire* (GCS) au CH-E, mis en place en 2006 avec une trentaine de médecins libéraux qui interviennent en consultations ou au bloc opératoire, ou bien la situation financière « extrêmement stable » au CH-D, qui a fermé chirurgie et maternité il y a quelques années et a mis en place plusieurs « fédérations » avec le CHU de proximité, ne constituaient pas des garanties pour leur autonomie dans la nouvelle carte hospitalière. En position intermédiaire, se trouvent des établissements comme les CH-A et B, positionnés comme référents de sous territoires dans le cadre de la nouvelle loi, mais qui accusent des difficultés liées à leur fonctionnement en réseau.

Graphique 1 - L'espace social des établissements médicaux enquêtés



Exemples d'établissements étudiés

Nous avons retenu ainsi comme indicateurs des positions occupées dans l'espace médico-social des établissements leur emplacement géographique et les caractéristiques de leurs bassins de santé ; la situation d'équilibre ou de déficit budgétaire ; l'insertion dans des réseaux et les rapports de coopération et de concurrence entretenus avec les « voisins » ; l'historique des établissements avec notamment les situations de fusion ou d'intégration de cliniques privées (plusieurs cas concernés), ou la constitution de « groupements de coopération sanitaire » (GCS*) ; les projets et travaux de construction de nouveaux bâtiments ; l'état de leur organisation en pôles ; l'application de la T2A par rapport à d'autres activités non soumises à la T2A. À ces critères analytiques s'ajoutent des critères de hiérarchisation plus proprement institutionnels – le nombre de lits, le nombre de spécialités, le budget, les effectifs des personnels, l'équipement, etc.

Le secteur public

(a) Le CHU-A, financièrement vertueux

Le CHU-A est présenté comme étant un des rares hôpitaux de sa catégorie qui ne soit pas déficitaire, grâce à certaines réformes en interne qui ont précédé la T2A, et surtout par une bonne valorisation de l'enveloppe MIGAC*. L'introduction de la T2A a modifié le rapport de cet établissement à son principal concurrent, qui le surpassait en termes de recherches et de maladies rares, alors que le CHU-A est connu pour faire surtout « énormément d'activité », dans une zone défavorisée. Le regroupement prévu entre des hôpitaux concurrents fera augmenter leurs activités en pédiatrie générale et en urgences, activités non plus d'excellence ou de recours, mais de proximité, contribuant à une certaine égalisation des positions et des statuts entre les établissements de cette catégorie.

« Si toutes les pathologies n'ont pas pu bénéficier des enveloppes MIGAC, par contre les bénéficiaires de cette possibilité ont été collectifs, et de même pour ce qui concerne les profits de la mise en commun d'un certain nombre de structures, des unités d'hospitalisation communes. » (Entretien, Médecin, Responsable de pôle, CHU-A).

C'est en partie aussi le résultat de l'historique particulier de cet établissement, l'ouverture du CHU faisant suite à la fusion de deux hôpitaux pavillonnaires, qui a favorisé l'organisation actuelle en pôles.

On peut noter aussi comme une des particularités de cet hôpital le nombre important des délégations : « Alors nous sur cet hôpital, encore une fois c'est particulier [ici], on a beaucoup de fonctions qui nous sont déléguées, vraiment, délégation de gestion sur la formation, sur les demandes d'intérim, sur la masse salariale, et notre place de cadre de pôle ici est quand même très importante, alors il y a effectivement des réunions de direction où nous ne sommes pas conviés, mais chaque pôle a aussi un directeur délégué... » (Entretien, Cadre supérieur pôle, CHU-A)

(b) Des établissements pivots

Le CH-A est identifié par l'ARH* comme étant un établissement *leader, pivot, référent*, dans la région. Il est décrit par son DIM comme un « gros hôpital », ayant « la taille d'un petit CHU ou d'un gigantesque établissement de proximité ». C'est un établissement qui fait presque toutes les disciplines de MCO*. Il fait aussi du SSR*, une centaine de lits de SSR, et son développement est prévu particulièrement en neurologie et en nutrition. » (Entretien, DIM, CH-A) Positionné dans le cadre de la nouvelle loi HPST* comme le référent d'un sous territoire de 450 000 habitants, il collabore avec deux autres hôpitaux qui, eux, sont directement menacés par la loi. Cette coopération stratégique est présentée comme défensive par rapport aux grands groupes privés qui leur font concurrence sur le même territoire. Un des enjeux de ces rapports de concurrence est de faire en sorte que les établissements de moindre taille n'adressent pas en recours leurs patients aux cliniques privées, mais au CHU.

Bien que moins grand, le CH-B est situé également dans un bassin de santé socialement sensible (200 000 habitants), à la frontière entre plusieurs régions et départements. Avec la constitution d'une communauté hospitalière et médico-sociale de territoire, il sera l'hôpital référent. La situation financière est jugée comme tendue – en partie à cause d'un programme de construction considérable. Ces difficultés sont en partie liées à son fonctionnement en réseau : l'intégration d'autres établissements est accusée d'être la principale cause de ses difficultés. L'établissement n'était pas adapté à la réforme des années 1990 (l'ordonnance Juppé), n'avait pas compris l'importance de la mise en place du PMSI, ni de l'informatisation et avait perdu des parts de marché et des médecins, avant la prise de fonctions du directeur actuel.

Le tissu social fragile sur le plan économique fait que l'hôpital public soit « le dernier recours auquel on s'accroche, parce que c'est encore ce qui tient debout », pendant que le personnel vit la situation de l'établissement « avec la peur vis-à-vis du CHU, la peur de perdre le SAMU, des peurs qui reviennent assez régulièrement », et qui déterminent la mobilisation de « mécanismes de combat assez présents, et puis très en phase avec la sociologie de la région... » (Entretien, DRH, CH-B).

(c) CH ou « pôles de santé » ?

De petite taille vu de Paris, moyenne vu d'ailleurs, le CH-C a environ 400 lits et constitue un pôle de santé, il s'agit d'un GCS* regroupant l'hôpital et une ancienne polyclinique. Avant

leur regroupement, l'hôpital et la clinique faisaient chacun toutes les activités. Les deux sites d'activité existent encore, le site de l'ancienne clinique réunit les activités de chirurgie et de maternité, l'hôpital regroupant toutes les autres, médecine, personnes âgées, imagerie, pharmacie, labo. Le fait d'avoir d'un côté urgences, réanimation, imagerie, et de l'autre chirurgie et maternité, pose des problèmes de surcoût de fonctionnement, ainsi que des problèmes de sécurité des soins. Les services ont été regroupés en pôles en 2008. Cet établissement a travaillé depuis 4 ans sur le rapprochement hôpital clinique et s'est doté récemment d'un projet d'établissement.

→ « *On a une bonne situation géographique, on est le seul établissement hospitalier [de la région], à plus de 90 km des autres établissements, que l'ARH veut soutenir pour maintenir une activité de court séjour. Quand on prend une carte on voit bien qu'il est intéressant de maintenir un hôpital ici. (...) Le positionnement géographique est favorable, il n'y a plus de privé, par contre le territoire de santé est tout petit (...). Cela leur impose de travailler avec les voisins, avoir des coopérations au-delà de leur territoire de santé. Un bassin de santé où les personnes âgées sont nombreuses.* » (Entretien, Directeur, CH-C)

Le quatrième Centre Hospitalier [CH-D], établissement d'environ 300 lits, consacre la majorité à l'hébergement (soins de longue durée, lits d'hébergement complet et lits de maison de retraite), le tiers restant étant des lits de court séjour, des soins de suite et de réadaptation. Deux cardiologues interviennent sur l'établissement en partenariat très étroit avec le CHU, dans le cadre de la CTCV*. Le CHU régional est un pôle d'excellence, et CH-D prend les patients opérés en post-opérationnel lourd pour assurer le suivi sur le site. Il y a également un service d'urgences et une unité de surveillance continue.

Situé dans une petite région sanitaire, les deux autres CH les plus proches sont à une heure environ de route chacun. Une partie de ce territoire est en zone blanche, avec une désertification médicale assez importante, ce qui fait que CH-D demeure très attractif pour la région. Le partenariat avec le CHU est décrit comme très fort, un certain nombre de coopérations (« fédérations ») ayant été développées sur plusieurs secteurs. Cela a permis au CH-D de conserver un certain nombre d'activités en coopération avec le CHU : des fédérations en matière d'urgences, en radiologie, en médecine cardio-vasculaire et dans des activités ambulatoires. Le partenariat avec le CHU et en particulier sur les activités ambulatoires, a permis au CH-D de maintenir des activités *interventionnelles*. Avec une moyenne d'âge qui est à un peu plus de 60 ans, la région a une population extrêmement vieillissante. Un argument important pour le maintien de l'établissement est celui de l'économie en termes de transports : un aller-retour en ambulance au CHU coûte 250 euros.

À la différence d'autres établissements de la région, CH-D ne se croit pas menacé car il a mené toutes les opérations de restructuration importantes depuis 10 ans, fermant la maternité et la chirurgie polyvalente. L'établissement sert aussi d'appui au CHU pour affronter la concurrence qui lui fait une clinique située sur le même site, lui apportant une certaine clientèle.

Sa situation financière est jugée « extrêmement stable » depuis 10 ans, sa gestion étant annuellement citée par l'ARH pour sa qualité exemplaire. Des postes ont été gelés, « choix stratégique » pour avoir cet équilibre, une des seules marges de manœuvre de l'hôpital en ressources personnel. Il s'agit de postes de professionnels de soins, mais aussi de praticiens

hospitaliers, et cela contribue à l'excédent de l'établissement. Ce qui lui permet d'avoir deux projets pour les trois ans à venir, dont la construction d'un bâtiment et une extension de l'EHPAD.

Le CH-D bénéficie du « soutien inconditionnel de l'ARH », et la ministre de la santé avait visité l'hôpital pour le féliciter pour *sa santé* ; l'établissement est connu dans la région comme site exemplaire en matière de coopération et précurseur à la mise en œuvre de la loi HPST. (Entretien, Directeur, CH-D)

Les secteurs privés, non lucratif et lucratif

(a) Un modèle pour l'« hôpital entreprise » ?

Sans être très grand, le PNL-B a été construit sur une spécialité, « *une stratégie de niche, et donc d'excellence* ». Son directeur le présente comme étant par vocation international, « parmi les premiers mondiaux » dans une de ses spécialités, se situant « sur une niche », et donc « pas du tout dans le *modèle français* qui fait des hôpitaux polyvalents et de proximité ». Peu de malades leur arrivent directement, la plupart leur sont adressés soit par des médecins généralistes, soit par des spécialistes, soit par des hôpitaux, y compris parfois par leurs concurrents. Parmi ces concurrents se trouvent, sur des créneaux différents, des hôpitaux publics (comme celui « *qui a derrière lui toute l'AP, mais qui en a aussi les inconvénients* »), et des cliniques privées, « *mais sur la partie la plus pointue, plus on monte dans la spécialisation, moins on a de concurrents* ». Malgré une crise quelques années avant et des fins d'année parfois difficiles, l'établissement réussit à être en équilibre.

La stratégie de niche ou d'excellence, la préoccupation de se distinguer et de se distancer du « *modèle français des hôpitaux polyvalents et de proximité* » font de cette clinique un possible modèle d'« hôpital entreprise ». Le palmarès et ses performances historiques, sa stratégie de positionnement international, la place qui revient à la recherche médicale dans ses activités, son mode de recrutement et de préservation d'un personnel d'élite s'inscrivent dans cette recherche de « l'exception ». (Entretien, Directeur, PNL-B)

(b) L'Institut PNL-A : entre le PSPH* et l'OQN*

Au niveau de la FEHAP*, il y a un secteur médico-social très important, et un secteur MCO* dont la majorité des établissements participent au service public hospitalier. Le PNL-A est un des rares établissements privés à avoir un service hospitalo-universitaire et tous ses secteurs sont aujourd'hui ex-OQN, à deux exceptions près. L'établissement s'est beaucoup agrandi avec la reprise de plusieurs cliniques privées. Elles sont restées sous forme commerciale, car d'un point de vue fiscal il est coûteux de transformer des sociétés commerciales en structures associatives, mais elles fonctionnent comme une structure associative, car il n'y a pas de distribution aux actionnaires. Ce ne sont pas des fusions, ce sont des structures différentes et tous les excédents éventuels sont replacés. (Entretien, Directeur administratif et financier du groupe, PNL-A)

Le PNL-A dispose d'un médecin DIM pour tout le groupe, et d'un ingénieur qualité. La direction du personnel a été décentralisée. Pour la partie hospitalière publique, le PNL-A a toujours eu un directeur de pôle, ce qui est présenté comme étant « en avance sur la T2A ».

Les incidences de la T2A ont été essentiellement financières, à deux titres : premièrement, elle a posé des problèmes de trésorerie, dans la mesure où « *avant il était possible de facturer au fil de l'eau, parce que c'étaient des journées et un forfait salle d'opération, alors que maintenant le service financier est obligé d'attendre d'avoir tous les éléments de la facturation* » – « *parce qu'en plus on ne peut pas faire d'additifs, au niveau des factures* ». Il est nécessaire maintenant d'avoir tous les éléments de facturation et que le dossier médical soit conclu. Ce qui rajoute un mois aux délais de facturation. Deuxième incidence, au niveau des effectifs, il y a eu un débat pour savoir si on devait grouper la facturation et la partie DIM, le système choisi finalement étant mixte : 4 TIM ont été recrutés en plus, qui font à la fois le rôle de facturière et le rôle de TIM. La T2A a rallongé et rajouté ainsi des coûts en termes de facturation... (Idem, entretien avec le Directeur du PNL-A)

(c) La polyclinique PL-A

Fondée dans les années 1960, elle aurait été au moment de l'enquête parmi les premières cliniques privées de France, avec ses établissements court séjour MCO et un EHPAD. Suite à des difficultés financières, la polyclinique a dû faire un plan social et externaliser des activités, alors qu'elle subissait déjà la pénurie d'infirmières, combinée avec les départs en retraite, ce qui l'a obligée à avoir recours à l'intérim de façon massive, à la fois pour combler les manques et remplir les objectifs des 35 heures. L'introduction de la T2A a signifié l'optimisation des plateaux techniques, l'optimisation des places d'hospitalisation et le fait de pouvoir « placer le bon patient au bon aval ». (Entretiens avec le Directeur financier et la DRH, PL-A)

(d) La clinique PL-B

Créée aussi dans les années 1960 par un groupe de médecins, cette clinique MCO d'environ 150 lits a eu des difficultés financières importantes qui ont conduit à son rachat. Par ailleurs, cette clinique s'est associée avec une autre petite clinique de chirurgie voisine, leur projet d'établissement complétant ainsi l'activité chirurgicale par des soins de suite et des soins palliatifs, ce qui les a aidés à se rétablir financièrement. Grâce à la présence dans la proximité d'un centre de radiologie et de traitement des tumeurs, leur activité de chimiothérapie et de médecine cancéreuse leur permet de devenir un pôle de référence au niveau cancérologie. Par ailleurs, le développement d'une offre complémentaire a eu comme résultat un agrandissement de la clinique, un partage des activités et une fusion des deux établissements.

La mise en place de la T2A s'est faite assez aisément, avec un médecin DIM unique, et avec la volonté de faire la même chose dans les deux cliniques. Ces cliniques avaient jusqu'au début 2000 un système informatique différent. Le prestataire informatique est maintenant commun, il s'est bien présenté pour le passage à la T2A. De manière générale, la clinique n'avait pas connu des difficultés financières. Ce n'est que plus tard, avec les forfaits SE*, (sécurité – environnement, qui ont remplacé certains GHS* ambulatoires), que l'établissement perd de l'argent, mais initialement la valorisation de l'activité de chirurgie avait réussi.

Les pertes actuelles sont dues au fait qu'en ambulatoire il y a beaucoup d'actes qui sont faits par des praticiens et l'État considérait que ces actes auraient pu être faits en cabinet, or les praticiens préfèrent les faire dans l'environnement sécurisé qu'est le bloc. Cela a représenté

une déperdition de plus de 100 000 € pour un établissement, pour l'autre un peu moins parce qu'il en fait moins, mais le lien de ces pertes avec la T2A n'est pas évident.

Pour ce qui concerne la T2A, « *les valorisations étant correctes au niveau de l'obstétrique, cela permet de compenser les pertes* ». La clinique a une autorisation d'obstétrique, mais la maternité est très déficitaire. Le maintien de cette activité déficitaire est demandé par l'autorité de tutelle, car elle complète l'activité d'un hôpital public de la même région, qui prend en charge les grossesses pathologiques.

EXTRAIT D'ENTRETIEN, Directrice financière de la clinique PL-B : « *En faisant une analyse rapide, la clinique peut se féliciter qu'il y a eu la T2A, parce que la valorisation est tout à fait correcte par rapport à l'ancienne valorisation de cette activité en prix de journée, et cela minimise un peu le déficit des SE. Autrement il faudrait plus de praticiens, mais sans avoir la garantie d'une clientèle pour ces offres de soins. En conclusion, la T2A en obstétrique c'est bien, en chimio c'est bien, en chirurgie, non, non, ça va, voilà. Au niveau administratif et à la facturation, après tous les bouleversements, on peut être assez contents. Moi qui supervise la trésorerie, je peux vous dire que je ne suis pas plus mal qu'avant, et finalement avec le recul, les facturières le reconnaissent, c'est plus facile à facturer. Il y a une chose, la valorisation d'un GHS qui est faite par le PMSI qui va d'abord coder et qui va nous trouver un GHM, ça passe par une bonne et complète tenue à la fois du dossier médical et du dossier des soins infirmiers, et là, le médecin DIM constate s'il y a du manque à gagner. Est-ce qu'on a pris en considération tout ce qui est lié à un séjour, parce que l'infirmière n'a pas le temps, donc elle ne va pas annoter tout, parce que le médecin travaille un peu vite aussi, donc lui il va coder son acte CCAM et alimenter un peu plus le dossier médical. Là il y a une certaine déperdition, qu'on réalise, c'est bien de se comparer entre deux établissements, ce qu'on a fait et on a constaté par exemple qu'à N. [l'autre établissement] le codage était sous-évalué par rapport à nous. Alors est-ce qu'il y a plus de moyens, plus de rigueur, est-ce que le corps soignant est plus partie prenante... ? »*

Partie 3 - La T2A, ses acteurs et ses effets

Les conditions de la mise en œuvre de la T2A

Il est difficile d'estimer les effets directs de la mise en œuvre de la T2A seulement un an environ, au moment de l'enquête, après sa mise en œuvre « à 100 % » dans les établissements anciennement sous Dotation Globale. Le système de tarification à l'activité (T2A) a été introduit progressivement en France depuis 2004, de manière différenciée entre les secteurs public et privé, lucratif et non-lucratif. Ainsi, dans les établissements « ex-OQN », le financement T2A s'est réalisé intégralement à partir de 2005, et, pour les établissements « ex-DG », à hauteur de 50 % en 2007 et à 100 % à partir du 1^{er} janvier 2008. Le passage à la T2A concernait, en 2008-2009, principalement l'hôpital public et le secteur privé non lucratif, non seulement à cause du décalage entre les deux secteurs (ex-OQN* et ex-DG*), d'environ trois ans (2005-2008), mais aussi parce que la T2A s'est transformée depuis qu'elle est entrée progressivement à l'hôpital. Pensée initialement comme un outil simplifié de rapprochement entre le public et le privé, elle s'est complexifiée au fur et à mesure de sa mise en œuvre dans le public, qui a réussi à faire ajouter de nouveaux indicateurs, la transformant aux yeux de certains de ses partisans en une « usine à gaz ». Le meilleur exemple était, au moment de l'enquête, celui de l'adoption tardive de la dernière version, « la V11 », en mars 2009, un retard attribué aux différentes négociations sur des indicateurs destinés à valoriser des activités du secteur public, initialement ignorées.

Bénéfices attendus, risques redoutés

Les bénéfices attendus de la réforme T2A étaient de plusieurs ordres : une plus grande médicalisation du financement, une responsabilisation des acteurs et une incitation à s'adapter, une équité de traitement entre les secteurs et le développement des outils de pilotage médico-économique (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés¹¹. L'introduction d'un système du même type aux États-Unis avait été à l'origine de changements stratégiques des hôpitaux et des médecins : diminution de la durée de séjour, surcodage des diagnostics patient, sélection des patients, sélection des procédures et spécialisation des hôpitaux dans les activités lucratives, sélection des médecins consommant peu de ressources, substitution des patients vers des structures en dehors du système de paiement prospectif (centres de chirurgie ambulatoire, externalisation des activités radiologiques...) ou encore transfert plus rapide des patients vers des structures de moyen et de long séjour¹². Des changements du même ordre sont observés en France surtout par les critiques du système (Danet 2008, Grimaldi 2009¹³).

Il existe cependant des différences importantes entre la T2A et son modèle d'origine, du fait de l'inscription de la T2A dans un système universel de couverture du risque maladie et dans une offre de soins plus réglementée, ainsi que de sa mise en œuvre dans un contexte hautement régulé¹⁴.

¹¹ (Crainich, Leleu, Mauleon, 2009).

¹² (Crainich, Leleu, Mauleon, 2009, p. 472).

¹³ (Danet, 2008) ; (Grimaldi, 2009).

¹⁴ Gérard de Pouvourville (2009) souligne les effets de l'existence en France d'un payeur unique (État/assurance maladie), et de la mise en place d'un tarif unique sur le territoire, avec une régulation macroéconomique des dépenses hospitalières qui tient compte des différences entre les secteurs publics et privés (p. 461).

L'introduction de la T2A a eu lieu presque au même moment que des changements organisationnels importants, introduits par la réforme de « la nouvelle gouvernance », censée modifier les rapports de pouvoir au sein des établissements hospitaliers. L'association des deux réformes à la même philosophie managériale n'a pas empêché des différences d'approche sur le terrain, dans la mesure où la nouvelle gouvernance (qui introduit notamment l'organisation en pôles) semble avoir rencontré plus de résistance et avoir moins réussi que l'introduction de la T2A. Dans plusieurs établissements, les délégations de gestion n'avaient pas été signées au moment de l'enquête ou l'organisation en pôles était récente, après avoir été modifiée. Malgré leur désignation, certains « cadres de pôle » n'avaient pas d'activité spécifique. Des différences importantes continuaient d'exister entre les établissements et les services, la « dimension polaire » apparaissant comme plus évidente autour des blocs opératoires, producteurs par excellence d'« activités », alors que souvent ces services étaient déficitaires ou fragiles à cause des pénuries de personnel.

Dans ces circonstances, des représentants des différents corps professionnels composant les équipes de direction ont fait part, dans les entretiens, de difficultés liées à ces changements récents. Les entretiens font état aussi de représentations différentes et parfois contradictoires de la T2A de la part des différentes catégories d'acteurs, ainsi que de tendances parfois opposées dans les changements attendus. La mise en œuvre de la T2A, avec ses enjeux d'ordre économique et professionnel, a eu principalement **deux catégories d'effets** : elle a modifié les rapports entre les corps professionnels présents à l'hôpital (entre les médecins et les gestionnaires, et entre les médecins et le personnel de soins dans une moindre mesure) et à l'intérieur des corps professionnels eux-mêmes (à l'intérieur des équipes de direction, dans la hiérarchie médicale, entre les cadres de santé et les équipes) ; et d'autre part, elle a modifié en partie des pratiques professionnelles liées aux opérations de « codage » des activités – présentation des actes, comptes rendus, autoévaluation, etc.

Directeurs, médecins et cadres face aux réformes

Responsabilisation et démoralisation des directeurs

Les réformes semblent ainsi avoir accentué les divisions internes du corps des directeurs, avec une incertitude accentuée quant au devenir de leurs établissements et de leur carrière : déclin de la « voie royale » de recrutement (Sciences Po et EHSP), valorisation des compétences acquises dans le privé, dévaluation du capital bureaucratique des directeurs « hauts fonctionnaires », réduction des marges de manœuvre et injonctions contradictoires. La loi récente (HPST) modifie les rapports hiérarchiques entre les établissements, suite aux changements de position des directeurs, placés avant sous double contrôle, de l'ARH et des maires de leurs localités. La fusion des corps prévue réduit les différences entre les directeurs des hôpitaux et ceux des maisons de retraite, tandis que la réduction annoncée du nombre de postes de directeurs perturbe l'exercice de leur fonction (démotivation, sentiment d'être dépassé par les événements, départ souhaité à la retraite, diminution des candidatures sur les postes disponibles mais incertains, ou bien risque de chômage, pénurie de postes et candidats en surnombre). La crainte la plus partagée est d'être tenus pour responsables du déficit budgétaire des établissements, alors que cette responsabilité serait limitée, de même que les marges de manœuvre pour réussir le rétablissement d'un équilibre budgétaire, en particulier suite à l'introduction de la T2A.

EXTRAIT D'ENTRETIEN DRH, CH-E → « *Le but du ministère c'est de fusionner les corps dans l'idée de simplifier les statuts, c'est l'idée à la mode, d'avoir un corps unique de directeurs d'hôpital et de centres médico-sociaux, donc ce qui va beaucoup changer dans les années à venir (...); une réforme des statuts des directeurs de maisons de retraite qui ont maintenant accès à des postes qu'on appelle D3S, directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux, qui occupent désormais un certain nombre de postes occupés auparavant par les directeurs d'hôpitaux. (...) Jusque ces dernières années il y avait une mobilité accrue des directeurs, avec un effet zapping, surtout les directeurs adjoints, et là en fait, ces différents effets vont, enfin, aboutissent déjà à une pénurie très importante de postes, par exemple moi quand j'ai postulé à N. [en 2006] on était 4 candidats de l'école, et pour le même poste, que je libère, deux ans après, il y a 15 candidats. (...) La profession [de directeur d'hôpital] est très déstabilisée, parce qu'elle a l'impression que les réformes tombent et qu'elles sont difficilement absorbables et qu'il n'y a pas de reconnaissance, mais ça on n'est pas les seuls mais surtout qu'il n'y a pas les outils pour faire face à tout ce qui arrive de façon un peu chaotique, donc il y a un grand désarroi, au niveau des directeurs d'établissement, j'en vois beaucoup qui attendent de partir à la retraite. »*

Pourtant, le sens des réformes liées à la T2A est salué tant par les directeurs du secteur privé, que par nombre de directeurs du public qui dénoncent l'immobilisme de l'hôpital dans la gestion des RH en particulier, un certain décalage culturel entre les générations ou un manque de responsabilité de la part de certains anciens directeurs. Le discours de dénonciation devient parfois virulent, en parlant de la « mafia des directeurs » et des luttes d'influence pour le partage des ressources.

La mise en question du corporatisme médical

Un des effets souhaités et en même temps redoutés des réformes est la mise en question du « corporatisme médical », qui se traduit dans le discours de ceux qui s'y opposent par une menace de l'autonomie de la profession médicale. Souvent, dans les entretiens, les médecins se déclarent « fatigués des réformes », « déstabilisés, parce qu'on [leur] en demande beaucoup », et souhaiteraient *que leurs tâches soient uniquement médicales*. Or, l'autonomie du pouvoir médical apparaît réduite dans la perspective de l'organisation de « l'hôpital entreprise », même si la direction ne dispose pas véritablement des instruments pour imposer ses décisions aux médecins. Une réforme qui transformerait l'hôpital en entreprise privée est considérée par une majorité de médecins comme inacceptable.

D'autre part, les réformes semblent accentuer les divisions internes du monde médical, comme l'indique la stratégie organisationnelle de cette clinique « d'excellence » [PNL-B] de la région parisienne, où on juge inutile l'organisation d'une Commission médicale d'établissement (CME), et où la performance des médecins est évaluée selon l'importance de leur clientèle (« patientèle »). Le positionnement du directeur par rapport aux médecins est exprimé sans détour : leur autonomie apparaît comme limitée, la pleine reconnaissance n'est accordée qu'en fonction de la clientèle apportée et l'organisation correspond à la recherche prioritaire des bénéfices financiers. Il affirme ainsi avoir « deux catégories de médecins », « ceux qui font venir les malades et les autres. (...) Ils sont 3 sur 80. J'exagère. Derrière eux il y a du monde, mais [les trois] ce sont des leaders. » (Entretien, Directeur, PNL-B)

DIRIGER L'HÔPITAL COMME UNE ENTREPRISE → « Il n'y a pas de CME ici, il y en a eu, mais elle a coulé corps et biens. Président de la CME, c'est impossible. Je suis contre la CME, c'est une erreur, elle doit exister dans le public justement parce que la gouvernance du public, les médecins, le directeur n'est pas nommé par le CA, et les médecins ne sont nommés ni par le directeur ni par le CA, donc il y a forcément besoin d'une structure qui coordonne des choses, puisqu'il n'y a pas de structure hiérarchique. Et là, moi je suis responsable de tout, c'est moi qui fais les contrats de travail, je peux licencier, embaucher, c'est ma responsabilité. Et le président de la CME c'est un élu, et ça veut dire qu'un jour les gens vont être d'accord avec ce que fait le gars, ils vont l'élire, et quand ils ne vont plus être d'accord, ils vont en élire un autre... C'est pas une politique, c'est pas une stratégie, on ne peut pas dépendre d'élections, surtout avec un corps très corporatiste, dans lequel vous avez des groupes de pression comme l'anesthésie réanimation qui constituent un corps unique qui est toujours le plus puissant de tous les hôpitaux, et pour lesquels on ne va jamais à l'hôpital. Donc la CME dans les établissements privés c'est une erreur. Donc on a créé deux choses, un directeur médical et scientifique responsable de la mise en œuvre du projet médical et scientifique, et à côté de lui on a un autre directeur, qui est médecin qui est directeur de la production médicale [DPM]. L'ancien DIM, DPM, qui a pour mission de gérer l'organisation médicale pour pouvoir maintenir le volume en augmentant la marge. Le but, c'est de la réinvestir, il faut financer notre développement, il faut investir techniquement et pour attirer les gens il faut pouvoir les payer. Donc on a un autre médecin qui lui s'occupe de la gestion de l'organisation médicale, et son objectif c'est d'augmenter les marges, et de gérer les filières. Et après je rajoute ma petite équipe là, et on a créé aussi des tandems entre le chef de pôle et un cadre soignant de pôle et le cadre a pour mission de gérer la fluidité de la prise en charge du patient, parce qu'en général il passe dans plusieurs disciplines. Alors ça c'est une gouvernance adaptée à un président qui ne souhaite pas avoir de conseil d'administration, c'est lié à un hôpital où le cœur de métier est majeur et unique et avec une contrainte liée à la T2A. Et moi je considère qu'il ne faut compter que sur nous-mêmes, alors que j'ai des collègues qui disent 'c'est scandaleux, l'état ne nous aide pas', alors que si on veut se développer, il faut d'abord compter sur nous. » (entretien, Directeur, PNL-B)

Résister au changement

La résistance manifestée par les médecins face aux réformes est principalement de deux ordres : par rapport à la T2A et au travail de codage qui leur est imposé, et par rapport à la nouvelle organisation en pôles, dans la mesure où la nouvelle responsabilité des pôles est jugée décevante. La résistance par rapport au codage peut aller jusqu'à la « grève du codage », sous différentes formes : les médecins qui le font avec quelques jours de retard, ou de manière un peu fantaisiste, pour montrer leur manque de motivation, ne considérant pas cette activité comme leur étant propre et sans redouter un impact financier pour eux. De leur côté, les directeurs n'ont pas de véritable moyen de pression sur les médecins, la menace d'un déficit aggravé ne les impressionnent pas toujours ou pas tous. « Chez les médecins, les tâches qu'on leur ajoute ne font pas partie de leur activité. On peut les comprendre aussi, mais en même temps, c'est dommage qu'ils n'aient pas plus de vision d'intérêt général. » (cf. entretien DRH, CH-E)

D'autre part, la gestion des nouveaux pôles a posé problème, en particulier dans les établissements de petite taille. La redistribution des postes et des positions de pouvoir n'est pas considérée comme allant dans le sens indiqué dans les discours d'institution : « Ils ont

l'impression qu'on les dupe un peu, qu'on leur fait croire qu'ils vont avoir un peu plus de pouvoir, mais en réalité ils se rendent compte que les responsables de pôle n'ont que des déficits et des pénuries à gérer, donc c'est pas très intéressant comme responsabilité, et que finalement le but de la réforme, c'est qu'il y ait un seul chef à l'hôpital, donc essentiellement il s'agit de redonner de l'importance au directeur, donc forcément à leur détriment. En plus, si on leur dit que les internes pourront changer de statut, là, je ne sais pas si ça va aboutir, mais ça ferait aussi une fracture dans leur corps. Donc les médecins ont l'impression qu'on les a dupés, qu'on leur a présenté une réforme comme un partenariat nouveau entre direction et médecins, et derrière en fait que c'est des problèmes financiers et que la direction impose sa vision au monde médical. » (Entretien, DRH, CH-E)

Malgré la résistance ou le faible intéressement des médecins pour les réformes, des changements assez rapides seraient à observer dans l'ordre des mentalités, dans les interactions et dans des formes de coopération entre les médecins ou entre médecins et infirmiers, à partir des questions d'ordre financier ou organisationnel. Les évolutions en cours dans le monde médical indiqueraient que « *le tableau n'est pas totalement noir, [qu']il y a des médecins qui changent, même si on dit que les médecins sont un corps impossible à changer. Beaucoup de médecins s'intéressent à l'aspect financier de leur activité, des formes de solidarité se mettent en place, des médecins qui vont voir leurs collègues qui codent mal pour les inciter à le faire mieux, les responsables de pôles ont une vision un peu plus globale et sont concernés par ce qu'ils considèrent comme étant leur pôle.* » (Idem)

Garder ou « s'acheter » des bons médecins

La mise en question du « corporatisme médical », en tant que nouvelle stratégie managériale, est associée aux luttes pour garder ou acquérir (« acheter ») un personnel médical de qualité, dans un environnement professionnel marqué par une mobilité et une concurrence accélérées entre les établissements. Les établissements semblent désormais dépendre plus étroitement des fluctuations du marché de l'emploi médical.

EXTRAIT D'ENTRETIEN, Directeur PNL-B → « Quand je suis arrivé ici, il y avait une crise, et l'hôpital aurait dû disparaître. Il y avait 3 problèmes. Un, sur la chirurgie des congénitaux, qui est l'activité emblématique de l'hôpital ; le chef est parti à la retraite, et sur ces choses hyper pointues les successions se font par cooptation, on accueille des étudiants, on accueille des internes, dans le lot le patron repère un étudiant qui a le génie chirurgical, on le prend comme chef de clinique, si, en tant que chef, il se révèle toujours aussi bon, on va essayer de le garder, comme ça on arrive à gérer des équipes avec 5 ou 6 médecins. C'est 3 équipes de 6, parce que sur les 80, c'est comme partout, je vais trouver 15 anesthésistes et 15 réanimateurs. Donc le patron allait prendre sa retraite, il avait nommé son successeur, sauf que le [directeur d'un CHU] a dit au type, *il n'y a pas de problème, vous êtes le meilleur, vous allez être nommé professeur, à une condition, c'est que vous quittiez l'hôpital [PNL]. Vous serez nommé professeur et chef de service à N. où vous aurez le droit d'avoir un service privé, le droit de faire venir des malades en libéral, de faire des dépassements d'honoraires.* Et quand je suis arrivé ici, on perdait 10 %, et j'avais un chef de service qui me disait qu'il s'en allait avec 30 % de l'activité et en plus j'avais un conseil d'administration avec la sécu qui aurait dû déjà quitter l'hôpital. Alors le type comment je l'ai gardé ? On a négocié. Je lui ai demandé combien il voulait gagner, je lui ai expliqué qu'on lui racontait des choses totalement fausses sur l'activité au [CHU]. Je lui ai demandé si c'était son tempérament de discuter avec les

parents d'enfants anormaux pour leur faire payer un tas de choses, on s'est expliqués, et mis d'accord sur un chiffre, j'ai pris l'engagement de pousser pour le faire nommer professeur et lui s'est engagé à rester, et c'est comme ça que ça s'est conclu. Moi en tant qu'établissement privé j'ai tout à fait la capacité de négocier les salaires que je veux, après c'est mon problème. Donc je peux faire ça, bon, une fois mais pas dix, mais là c'était une situation de vie ou de mort pour l'hôpital, et à l'époque je m'étais couvert avec les autres chefs de service et le CA. C'est la force de l'établissement privé, c'est qu'en cas d'urgence, il n'y a pas de normes. Moi quand je recrute, je m'adapte, par exemple là on a recruté des réanimateurs, et tout le monde me disait '*personne n'est capable de faire le métier que vous faites, il n'y a pas de réanimateur à Paris*', on a passé une annonce européenne, on a eu 5 candidats. On a trouvé un appartement, un peu cher, mais on l'a trouvé. Sur les autres médecins, là, j'essaie de me caler sur le marché. »

Les médecins étrangers

Le recours à des médecins étrangers dans une conjoncture de pénurie est régulier, dans les établissements « de proximité » aussi bien que dans les établissements « d'excellence ». Cette solution n'est pas cependant toujours viable, ou ne l'est, le plus souvent, qu'à moyen terme, car des problèmes de statut font obstacle à leur intégration. La présence d'un nombre important de médecins étrangers peut être considérée comme un indicateur d'instabilité, en particulier pour l'hôpital public.

EXTRAITS D'ENTRETIEN DRH, CH-D → « Les médecins ont changé aussi, on a une population de médecins qui est assez jeune, je veux dire entre 35 et 45 ans, donc ça a changé, les médecins ont évolué, on voit bien que la mentalité des médecins de l'ancienne génération n'était pas tout à fait la même, on avait un système de gardes qui était un peu sauvage. Le changement a été un peu dur au début, mais petit à petit les choses ont un peu changé, c'est un peu plus souple avec les médecins qu'avec le personnel non médical, et ça c'est une règle générale. *Ils ne sont pas forcément de la région*. On a de tout, en chirurgie avant on avait un Laotien, on a eu un Camerounais, et ça aussi c'est un petit peu dur pour les gens. On a des médecins qui sont un peu de la région, en médecine, trois médecins sont de la région, voire du nord du département, on a un médecin libéral qui est à inclure aussi, par contre on a des médecins qui sont venus s'installer ici, qui ont fait leurs cours ici mais qui n'étaient pas forcément originaires d'ici. On a Monsieur D., qui est un vieil africain. On en a trois ou quatre médecins étrangers, moins que pendant un temps, mais ce qui est quand même important [sur 25 médecins]. C'est vrai que c'est le propre des hôpitaux d'avoir fait appel aux médecins étrangers, et on avait un problème ponctuel à un moment au niveau de la chirurgie, parce que justement on avait des médecins étrangers, qui pratiquaient correctement et qui ne pouvaient pas passer le concours de PH, et donc qui ont été obligés de partir et de faire autre chose. À savoir qu'on a un praticien qui était chez nous chirurgien mais qui est parti à la clinique de L., parce que chez nous il ne pouvait pas exercer. Parce qu'il y a le problème de PH, sans la nationalité française, des diplômes, et c'est dommage parce qu'ils sont des gens très compétents, bien souvent, et au sein des CHU ils peuvent arriver par des statuts qu'ils ont, ils ont différents statuts, nous on est beaucoup plus limités dans nos statuts de personnels médicaux, et eux peuvent trouver des créneaux. »

→ « Dans l'hôpital public local il y a beaucoup de médecins étrangers ou d'origine étrangère, essentiellement maghrébine, c'est plus de la moitié des effectifs à G., des médecins qui font

un parcours dans le public en général, mais quelques uns qui passent dans le privé. Certains parce qu'on leur propose un poste plus intéressant ailleurs, par exemple un poste de chef de service, ou partent parce qu'ils trouvent un exercice plus intéressant ailleurs, par exemple du point de vue technique, là où il y a un service de réanimation. L'hôpital de G. n'a pas de réanimation, ce qui est handicapant, un certain nombre d'opérations ne peut pas être fait pour cette raison. Ce n'est que rarement pour des raisons de salaire, parce que dans le public la variation des grilles est trop faible. » (Entretien, DRH, CH-E)

Des cadres de pôle sous pression

L'organisation en pôles est à l'origine d'un nouveau métier, celui de cadre supérieur de pôle. Bras droit du coordonnateur de pôle, qui a la responsabilité du projet médical, le cadre de pôle s'occupe de la gestion opérationnelle du personnel, une dimension DRH constituée progressivement. Dans son cas, la hiérarchie est en train de se préciser : pris entre le coordonnateur de pôle, qui est son supérieur hiérarchique, le directeur des soins, qui est son supérieur hiérarchique effectif, et puis la DRH, qui est une hiérarchie fonctionnelle, le cadre supérieur de pôle rencontre des difficultés pour se positionner en tant que manager et obtenir la reconnaissance de ses équipes. Des difficultés liées, comme pour d'autres, à la rapidité des changements et aux appréhensions des effets des réformes, d'où un « sentiment de pression » qu'on évoque dans certains entretiens. « Le temps de la T2A » est trop court. Les cadres ont une responsabilité qui augmente en situation de crise. Or, des postes de cadres ont été supprimés, une partie de leur mission étant déléguée à des jeunes cadres sans expérience ou à des infirmières n'ayant pas le statut de cadre.

LE TEMPS COURT DE LA T2A → « Il y a la dimension du temps qui est la plus difficile à gérer dans cette affaire, c'est ce temps de la T2A qui est un temps court, où la sanction est très rapide et très forte, et puis ce temps du changement... Le temps de gens qui ne sont pas forcément hostiles au changement mais qui trouvent qu'on change peut être un peu trop vite par rapport à leur capacité de l'intégrer. Ils se retrouvent en difficulté aussi avec des équipes de cadres qui eux sont en contact avec un terrain qui lui est quand même très réactif parce qu'il vit assez mal les changements, les contraintes, les injonctions un peu contradictoires qu'on peut avoir en termes de qualité, de performance... donc des cadres sous pression quand même. » (Entretien, DRH, CH-B)

LE RÔLE DÉTERMINANT DU CADRE EN SITUATION DE CRISE → « La question c'est 'est-ce qu'on ferme la chirurgie ou pas'. Il y a des services qui sont structurellement excédentaires, comme la médecine, et d'autres déficitaires, comme la chirurgie, alors la question c'est 'est-ce qu'on ferme la chirurgie ou pas'. Beaucoup d'hôpitaux, y compris des gros, se posent cette question et les personnels ne sont pas traités de façon égale selon les services, surtout quand vous allez dans un service déficitaire, et quand on leur dit toujours qu'ils sont déficitaires, ça peut jouer beaucoup, mais la grande différence, c'est au niveau du cadre, si le cadre est bon, même dans un service déficitaire au niveau de la T2A, ça se passe très bien. Et c'est vrai toujours aujourd'hui. » (Entretien, DRH, CH-E)

LA SUPPRESSION DE POSTES DE CADRES SUPÉRIEURS → « Les cadres supérieurs ont été supprimés, le mot n'est pas trop fort, de 99 à 2003 moi j'ai remplacé trois cadres supérieurs (...), ce qui fait que les cadres de santé qui avant avaient des missions qui étaient plus de coordination, de qualité des soins, d'encadrement des équipes, aujourd'hui elles ne peuvent

plus le faire. Il y a une strate qui a sauté, et je délègue un certain nombre de choses à mes cadres de santé. Le cadre de santé qui sort de l'école... se retrouve avec des responsabilités bien plus importantes qu'il y a une quinzaine d'années. Pour vous donner un exemple : les cadres de santé faisaient les plannings, et les cadres supérieurs cautionnaient ou ne cautionnaient pas. Aujourd'hui moi je n'ai pas le temps de gérer les plannings de ce pôle qui fait 85 lits, et le cadre qui sort de l'école a un planning [compliqué] à gérer et les responsabilités sont énormes. Il reste quelques cadres de santé dans des secteurs de soins très lourds. (...) Et en dessous j'ai sorti une infirmière de mes effectifs pour être référente en soins pour pouvoir encadrer les soins et ça fonctionne très bien, parce qu'on ne peut pas non plus laisser des équipes sans encadrement de soins. Les cadres de santé aujourd'hui ne peuvent plus assurer cette tâche, qui est pourtant notre vocation première, qualité des soins, encadrement des soins ». (Entretien, Cadre de pôle, CHU-A)

La direction des soins infirmiers revalorisée par la T2A ?

Une des contradictions apparentes au niveau organisationnel entre la réforme de la nouvelle gouvernance et celle de la T2A concernerait le statut imprécis des directeurs de soins. Ils ont un statut à part à l'intérieur des équipes de direction : une directrice des soins ne peut pas occuper le poste d'une autre direction fonctionnelle, n'était pas toujours membre des conseils exécutifs, n'est pas membre des directoires. Située entre le DRH et le cadre de pôle, son statut doit à chaque fois se préciser ou se redéfinir, en faisant valoir son expertise en organisation. D'autre part, on évoque une perte de légitimité des directeurs des soins par rapport à leurs cadres, à cause de leur formation en tant que gestionnaires, tandis que la T2A devrait surtout valoriser leur expérience d'organisateur des soins.

EXTRAIT D'ENTRETIEN DRH, CH-E → « C'est depuis toujours essentiel au niveau des hôpitaux qu'il y ait une bonne entente entre la direction des ressources humaines et la direction des soins infirmiers, parce que la répartition des compétences n'est pas toujours très claire entre les deux, elle dépend d'ailleurs des hôpitaux, et donc en l'occurrence, je pense que ça fonctionne bien quand c'est un duo qui fonctionne bien. (...) Dans 90 % des cas, les directeurs des soins infirmiers sont dans le conseil exécutif ; mais le directeur n'est pas obligé de les nommer, alors ça c'est curieux parce qu'on aurait pensé qu'ils auraient une place de droit, comme le président de la CME au niveau des médecins, mais le fait que le directeur des soins ne soit pas membre de droit du comité exécutif, c'est ce qui est curieux. (...) Les réformes actuelles sont totalement muettes sur le directeur des soins, il n'y est pratiquement pas fait mention, on considère qu'il est intégré dans l'équipe de direction, qu'il n'y a pas de spécificité, alors qu'auparavant, on considérait qu'il avait un pouvoir particulier. (...) Je pense qu'un directeur des soins, c'est à lui de se construire sa légitimité, par rapport au directeur des ressources humaines et par rapport à ses cadres. Et s'il ne se construit pas sa légitimité, ça sera juste un administratif de plus dans la galaxie des ressources humaines – beaucoup de directeurs des soins ont du mal à avoir cette légitimité. Le fait qu'ils soient formés sur une base administrative les délégitime, on se demande à force à quoi ils servent. »

EXTRAIT D'ENTRETIEN DRH, CH-A → « Moi j'ai le sentiment que les directeurs des soins ont toujours du mal à trouver leur place dans les organigrammes hospitaliers, du temps de la dotation comme de la T2A. On est passé de l'infirmière majeure à l'infirmier général, qui un jour est devenu directeur des soins, membre de l'équipe de direction, sans que ce soit un directeur à part entière, et je pense que ce positionnement n'a jamais clarifié ce qu'était la

direction des soins, est-ce une direction adjointe de la DRH, est-ce que c'est une direction autonome ? Et on se rend compte que, d'un établissement à l'autre, en fonction des personnalités des individus plus qu'en fonction des organisations mises en place, il y a des réalités très différentes. Moi je crois qu'un des effets de la T2A quand même, même si j'ai une vision plutôt négative du dispositif d'ensemble, un des effets plutôt positifs [c'est le fait d'avoir] relégitimé beaucoup plus fortement les directeurs des soins dans leur expertise de l'organisation des services. Parce que l'expertise d'organisation qui a été rendue nécessaire par la reconfiguration des performances des unités, cette expertise il n'y avait que les directeurs des soins qui l'avaient, les DRH ne l'avaient pas du tout. Nous on avait une expertise sur les statuts, sur les aspects juridiques, sur la discipline, je caricature, mais cette expertise sur le fonctionnement réel, les gains de productivité, les modes de rémunération, on ne l'avait pas du tout, et c'est vrai qu'auparavant les directeurs des soins qui étaient devenus – là encore je vais caricaturer – qui étaient devenus des super machines à faire des plannings, ont retrouvé à mon avis un axe fort en disant « nous on voit comment on peut gagner des effectifs en disant comment on peut s'organiser autrement ». Au CH-A c'est très particulier, parce que la direction des soins est très instable, ici aussi il y a deux directeurs des soins, un coordonnateur général des soins qui est ancien dans l'établissement, qui est coordonnateur général depuis peu de temps, depuis 18 mois, et le directeur des soins adjoint est arrivé 3 mois avant moi. Et j'ai le sentiment qu'ici, au niveau de l'établissement, c'est le coordonnateur général des soins qui a pris la main. »

Logique économique et coopération des équipes

En dehors des positions occupées dans les structures hiérarchiques des établissements (équipes de direction, « chefferies » de pôle et de services, cadres de pôle ou cadres supérieurs), le personnel soignant et les agents hospitaliers semblent peu concernés par la réforme de la T2A et n'ont qu'une connaissance indirecte, par le biais des médias, de cet « outil de gestion » comme de ses effets.

EXTRAIT D'ENTRETIEN DRH, CH-B → « L'introduction de la T2A ne semble pas concerner le personnel paramédical ou il est concerné que dans la mesure où cela entraîne des dysfonctionnements au niveau de l'établissement... Parce qu'on dit que la logique économique devrait entraîner une dynamique d'intégration des équipes, plus de coopération, ça c'est le discours un peu officiel... Alors est-ce que sur le terrain... ? Vu du personnel, lui il est sensible à un déficit et à un plan de retour à l'équilibre, avec des effectifs à rééquilibrer, je pense que c'est ça qu'ils ont vu, que ce soit de la dotation ou de la T2A. Je pense que la connexion se fait, je parle des infirmiers et des AS, les cadres de santé, ils ont cette vision-là, en revanche, les agents, je ne crois pas du tout. Finalement on s'aperçoit que les agents hospitaliers ont assez peu d'expertise sur le fonctionnement institutionnel de l'hôpital, ils ont une connaissance journalistique. »

Partie 4 - La T2A et les mouvements des personnels

Une mobilité accélérée

La mise en place de la T2A conduit les directeurs d'hôpitaux à ajuster les dépenses de personnel en fonction des résultats des activités. Pour répondre aux objectifs de flexibilité, elle introduit une gestion du personnel en masse salariale qui rend cruciales les variations des effectifs liées notamment aux recrutements, à la mobilité ou aux remplacements liés à l'absentéisme ou à l'importance de l'activité¹⁵.

La T2A aurait pour principal effet la croissance de la mobilité des personnels : les économies, la fermeture d'un service qui n'est pas rentable, ou des postes, mais aussi simplement les difficultés croissantes dans les hôpitaux « *poussent beaucoup de personnes à bouger de façon croissante en disant que l'herbe est plus verte ailleurs* » (Entretien, DRH, CH-E). Si toutes les catégories de personnel participent à ces mouvements, elles ne sont pas toutes concernées au même degré.

LES MÉDECINS SONT PLUS MOBILES QUE LE PERSONNEL SOIGNANT, de manière générale plus attaché à l'établissement, alors que les médecins apparaissent plus attachés à leur corps ou à leur spécialité. Les médecins des petits hôpitaux sont aussi plus mobiles que ceux des cliniques, en particulier là où l'institution est une voie de passage (par exemple pour les médecins étrangers) ou une porte d'entrée dans un établissement plus grand.

LA T2A SEMBLE AVOIR ACCÉLÉRÉ CE TYPE DE MOBILITÉ. La mobilité est devenue aussi plus importante pour les directeurs et le personnel administratif, pour les premiers s'agissant d'un devoir de mobilité. « Les directeurs sont les plus mobiles, *ce sont eux qui bougent le plus*, ce qui n'est pas facile pour les équipes, par exemple à N., aux ressources humaines, en 15 ans sont passées 5 ou 6 personnes, ça c'est une difficulté... » (Entretien, DRH, CH-E)

PÉNURIE ET MOBILITÉS DANS UN PÔLE DE SANTÉ

SITUATION CLASSIQUE HÔPITAL LOCAL → « Le [CH-E] se situe dans un bassin en croissance démographique, avec peu de problèmes de recrutement par rapport à d'autres hôpitaux de la région, notamment pour les médecins. Ses difficultés au niveau médical sont pour le recrutement des chirurgiens, des anesthésistes, '*situation classique hôpital local*'. Pour attirer quelques intervenants en chirurgie orthopédique ou viscérale, il a ouvert des postes partagés avec un centre hospitalier plus important, ce qui permet aux intervenants d'avoir des interventions plus lourdes, et plus gratifiantes pour eux. Mais ces ressources sont réduites, et la situation reste fragile, l'activité du bloc peut s'effondrer fortement. Comme le montre l'exemple du départ d'un chirurgien orthopédiste, qui avait été à l'hôpital pendant 5 ans, qui s'est fait une bonne clientèle, et puis qui est parti du jour au lendemain, ce qui a créé une baisse importante d'activité. Au niveau recrutement des gynécologues, qui sont 3, il y en a une qui part, et l'hôpital s'attend à des difficultés pour la remplacer, et le remplacement ne garantit pas non plus une continuité dans la qualité des actes ou les disponibilités, donc c'est un vrai combat quand même. Un autre exemple est celui de [leur] excellent radiologue qui est

¹⁵ (Tharel, 2008).

tout seul et en cas de départ ou d'accident, c'est l'établissement dans son ensemble qui risque d'être déstabilisé. C'est quand même un des problèmes des petits hôpitaux c'est qu'ils sont complètement dépendants des personnes. » (Entretien, DRH, CH-E)

Recrutement et turnover

Les problèmes de recrutement concernent le plus souvent les médecins, surtout pour des spécialistes dont l'absence menace de fermeture certains services (comme, par exemple, l'hématologie, la chirurgie, la maternité). Des situations de recrutement au niveau européen sont citées pour des spécialités comme l'anesthésie – réanimation dans la région parisienne.

Ces problèmes concernent également les sages femmes et, dans le cas du personnel soignant, ce sont surtout les manipulateurs radios et les kinésithérapeutes qui sont difficiles à recruter, situation d'ailleurs connue au niveau national et donnant lieu aussi à des recrutements à l'étranger (Pologne, Belgique).

Les DRH ont mis en place à plusieurs endroits des solutions pour éviter la pénurie et augmenter l'attractivité de leur établissement : des écoles d'infirmières, des facilités pour obtenir des logements, des crèches, la personnalisation des relations (« être à l'écoute »), le patriotisme institutionnel.

STRATÉGIES DE RECRUTEMENT → Le progrès enregistré par le CH-A « est dû je crois à une politique de recrutement, à une attractivité de notre établissement, au fait qu'on n'a pas pris n'importe qui, qu'on a été exigeants, et je parle aussi bien du président de CME antérieur, qui était avec le même directeur que moi. On préfère ne pas avoir [assez de médecins], vivre des moments difficiles, là par exemple on est en grosse difficulté en neurologie, ça fait un an et demi qu'on est en grosse difficulté en neurologie, on aurait pu trouver des neurologues, ils étaient mauvais, nous ne les avons pas pris. Nous préférons mettre sous tension notre service de neurologie, diminuer le nombre de lits, ne plus répondre à la demande de nos patients et les renvoyer autre part, que de prendre des neurologues de mauvaise qualité. J'espère que ça va payer, là on en a trouvé un autre, et on est en train de remonter, mais c'est dur. Mais exactement comme je n'ai pas cédé sur le DIM en prenant n'importe qui pour avoir quelqu'un avec moi, je ne cède pas plus sur les autres disciplines, et les chefs de services et de pôles en règle générale l'ont compris ; parce qu'une fois qu'on a pris quelqu'un d'incompétent, c'est fini, on ne peut plus s'en débarrasser ; il faut en avoir conscience. » (Entretien, DIM et président de CME, CH-A)

LE TURN-OVER DES MÉDECINS → « Je vous disais qu'on n'avait pas de problèmes de médecins, mais on est dans cette situation de précarité, et c'est une pression très forte pour le directeur, parce que lui doit faire fonctionner l'hôpital 24h/24 et il ne détient pas forcément les clés. (...) Dans un contexte aujourd'hui par exemple de grande pénurie pour les anesthésistes ou radiologues, nous on ne peut pas faire varier les salaires, on est sur une grille qui n'est pas attractive par rapport au privé, sur certaines professions médicales, on ne peut pas du tout les concurrencer, les gens restent parce qu'ils sont attachés à l'hôpital, mais par exemple notre radiologue pourrait gagner deux à trois fois plus ailleurs. Et le personnel médical, c'est un personnel qui est beaucoup plus mobile que le personnel non médical, justement parce que, c'est là qu'on voit la différence avec les cliniques, c'est qu'en clinique

vous vous faites une clientèle, vous avez des actions dans la clinique, vous pouvez très difficilement céder, alors que chez nous, un médecin qui pour une raison personnelle ou professionnelle souhaite partir, il peut partir pratiquement du jour au lendemain. Il y a toujours quelques médecins qui sont des piliers de la maison et un nombre important qui tournent énormément, qui viennent pour trois ou quatre ans, qui ont à peine le temps de se faire une clientèle, et déjà ils sont sur le départ. » (Entretien, DRH, CH-E)

RECRUTEMENT ET GESTION DES PERSONNELS SOIGNANTS → « Le personnel non médical n'est pas forcément mieux payé dans le privé que dans le public, contrairement à ce qu'on pense souvent. Les infirmiers, les aides soignants, les agents d'entretien sont mieux payés dans le public. En début de carrière, ils sont recrutés avec de meilleures rémunérations dans le privé, mais avec une évolution plus lente, ce qui fait qu'il y a beaucoup de personnes du privé qui reviennent vers le public par la suite. Contrairement aux médecins, pour qui c'est l'argent qui explique la mobilité, pour le personnel non médical ce problème se pose moins. Sauf pour quelques professions, notamment les manipulateurs radio, une profession très mal gérée, c'est aussi peut-être une question de lobby, les masseurs kinésithérapeutes, qu'on recrute quasiment tous à l'étranger, et puis également les infirmiers de bloc ou les infirmiers anesthésistes. Il y a en permanence une surenchère entre hôpitaux pour revaloriser ce que font les membres de ces groupes professionnels, il y a une course, une inflation extraordinaire des coûts de ces personnels. Dans un marché du travail qui est sinistré, les coûts augmentent très vite pour les recruter, et tout le monde a des difficultés, surtout pour les infirmiers anesthésistes, plus encore que pour les IBODE. (...) Pour les IBODE, la différence c'est qu'on peut toujours prendre des infirmiers à qui on fait faire une formation, même en interne, ils ne seront pas IBODE diplômés mais ils feront fonction, ce qui n'est pas possible pour les anesthésistes. Sur les infirmiers de bloc de notre établissement, un tiers seulement sont infirmiers de bloc diplômés. Pendant les dernières années, comme l'activité a augmenté, les infirmiers anesthésistes ont été recrutés à P., ils viennent à G. parce que la charge de travail est moindre et sans doute aussi pour une question d'ambiance au bloc. C'est très particulier, parce que les ambiances sont souvent assez difficiles, et ici ça se passe plutôt bien. Pour les IBODE, on a des difficultés même si on leur propose des formations en interne, parce que c'est très technique et c'est loin du patient, loin de la façon dont ils voient leur profession. Pour les autres professions, on a remarqué que c'est un turnover accru. Au niveau recrutement, le fait qu'on soit sur un bassin démographique en expansion, ça nous aide, parce qu'encore une fois, ils viennent ici pour être à côté de chez eux, c'est l'essentiel de nos recrutements, mais on a à la fois le problème de l'intégration dans les équipes, avec des gens qui sont là depuis très longtemps avec un problème de mobilité, et puis le fait qu'il y a comme *un effet de charge de travail, c'est un effet zapping*. C'est vrai chez les directeurs aussi, et ça devient vrai aussi chez certains soignants, qui savent qu'ils peuvent trouver du travail ailleurs, *globalement il y a plus de turnover qu'avant*. » (Entretien, DRH, CH-E)

EN GUISE DE CONCLUSION : s'il est difficile de mettre toujours en rapport directement l'introduction de la T2A et ces problèmes de recrutement, souvent anciens, il apparaît que les médecins sont la catégorie la plus directement concernée. L'intensification de la concurrence et la sélection par des critères de performance ont accentué leur mobilité, au-delà des problèmes démographiques que rencontre la profession. Plusieurs entretiens font état de luttes de concurrence entre les établissements pour s'approprier les médecins des autres, où les « grands » finissent par les enlever aux « petits », mais il existe aussi des accords de partenariat en mesure d'atténuer ce phénomène.

Il faut noter par ailleurs qu'aucun problème de recrutement n'est signalé pour le personnel qui remplit des fonctions transversales – psychologues, assistantes sociales, diététiciennes...

L'absentéisme en lien avec la T2A ?

De même que pour les problèmes de recrutement, les évolutions de l'absentéisme peuvent s'interpréter selon deux cas de figure. Premièrement, un absentéisme lié à la structure d'âge du personnel de soins, majoritairement féminin. Il s'agit d'abord des congés de maternité, qui peuvent se prolonger avec des arrêts maladie pour les enfants, situation qui correspond paradoxalement à une relative fixation de cette catégorie, attirée par un employeur apprécié comme l'hôpital. Cet absentéisme « ordinaire » est complété à l'autre bout du parcours professionnel par le personnel en fin de carrière touché par les maladies professionnelles.

Deuxièmement, certaines personnes interrogées considèrent qu'il existe un lien entre l'introduction de la T2A et une augmentation de l'absentéisme : « Dans une situation de très forte augmentation d'activité, l'essentiel des recettes dégagées a été dévolu aux médecins, soit du privé, soit du public, alors que l'augmentation d'effectifs du personnel non médical a été très faible. C'est cela qui a entraîné une forte hausse d'absentéisme, car la charge de travail avait augmenté de façon considérable et très rapidement. Cet effet est associé au problème du manque de reconnaissance et de formation. Les cadres de santé, de leur côté, qui sont d'anciens soignants, prennent une charge émotionnelle très forte, et ont du mal à faire la part entre l'empathie et l'autorité devant les équipes ». (Entretien, DRH, CH-E)

EXTRAITS D'ENTRETIEN

UN ABSENTÉISME PLUS FAIBLE QU'AILLEURS → « Si vous regardez le taux d'absentéisme dans la fonction publique hospitalière comparé à celui de la fonction publique territoriale, alors que c'est pas du tout la même charge de travail, on remarque que le taux d'absentéisme est faible, par rapport à un travail qui est quand même souvent un travail entre guillemets ouvrier, c'est-à-dire un travail de terrain, pour 70 ou 80 % des gens qui sont près des patients, qui sont des médico-techniques, ouvriers en restauration, à la lingerie, donc globalement c'est un personnel qui est peu absent, alors qu'en plus il y a des contraintes horaires qui sont fortes, parce que pour maintenir une présence 24 h /24 les gens se font souvent rappeler, parfois réquisitionner même, donc le droit de grève est un droit très encadré. (...) Je dirais que le personnel non médical est dans l'ensemble très impliqué, ce qui est beaucoup moins le cas du personnel médical, qui lui est quand même plus mobile, et qui a moins conscience d'appartenir à l'hôpital, pour les médecins c'est plus l'impression d'appartenir à un corps ou parfois à un service, mais globalement l'implication moyenne des médecins au niveau de la structure, est nettement moindre, et partout... » (Entretien, DRH, CH-E)

DÉGRADATION DU RÔLE DU CADRE ET ABSENTÉISME → « La dégradation du rôle du cadre est forte, dans le contexte d'une emprise administrative sur tous les domaines, et du manque de reconnaissance des compétences des soignants, avec un impact important sur l'absentéisme, en forte augmentation, et surtout suite aux accidents de travail. *Les arrêts maladie ont augmenté chez nous de près de 30 % et les accidents de travail ont pratiquement doublé.* » (Entretien, DRH, CH-E)

UNE CAPACITÉ DE REMPLACEMENT RÉDUITE → « La mise à plat des [activités] a permis de repérer les difficultés au niveau des remplacements, liées à la couverture de l'absentéisme, premier constat quantifié et mesuré : le CH-B avait 2 % de capacités de remplacement par pôle pour un absentéisme en moyenne de 7 % (oscillant entre 3 % dans les services administratifs et 12 %). La couverture de cet absentéisme ne pouvait se situer qu'entre 20 et 25 % au maximum. Et les départs à la retraite ne peuvent être couverts qu'à 20 %. » (Entretien, DRH, CH-B)

DES CONTRAINTES PLUS FORTES → « Actuellement le personnel a l'impression qu'on lui en demande toujours plus, par exemple avec la traçabilité - au niveau des services de soins il y a une inflation de tout ce qui est dossier papier, demain, ça sera dossier informatisé, mais en tout cas de temps qui n'est pas auprès du patient... Il y a une impression globale que ça va de plus en plus mal et que l'âge d'or est passé, si vous vous adressez à des personnes qui sont là depuis 20 ou 30 ans, ils parlent tous des années 70 ou 80 où l'argent était beaucoup plus facile, où les contraintes de qualité étaient nettement moindres. » (Entretien, DRH, CH-E)

LA VALORISATION DU PERSONNEL COMME SOLUTION POSSIBLE → « Il y a un gros problème aussi au niveau de la valorisation du personnel et ça c'est général, c'est-à-dire qu'on est dans un système de notation où tout le monde avance de manière totalement automatique, donc en gros, les gens sont tous notés sur 25 et chaque année, enfin, tous les hôpitaux ont des politiques différentes, mais ce qu'on peut dire c'est que la plupart des hôpitaux, chaque année, la personne, souvent commence à 15, chaque année elle gagne un quart de point et donc après 40 ans, il a 25 et sa carrière est finie. » (Entretien, DRH, CH-E)

Faire face à la pénurie de personnel et à l'absentéisme

Les heures supplémentaires, les pools de remplacement et l'appel à l'intérim sont les solutions habituelles pour faire face aux déficits de personnel. La nouvelle organisation en pôles devait y contribuer de son côté, en rendant le personnel soignant plus flexible, plus mobile entre les services, voire interchangeable. Cependant, les conditions posées par la T2A ne semblent pas être toujours ou partout en accord avec la flexibilité et la mobilité souhaitées : les contraintes de la production de soins d'une part, celles du retour exigé à l'équilibre financier d'autre part limitent les marges de manœuvre dans la gestion des personnels et de leur mobilité.

Pool de remplacement et heures supplémentaires

EXTRAIT D'ENTRETIEN Directeur, PNL-B → [Le PNL-B dispose d'un pool de remplacement], « mais c'est pas une bonne solution. Malheureusement, pour gérer les variations d'activité on est obligés de faire appel aux heures supplémentaires, à l'intérim et aux vacataires, ce qui est extrêmement pervers, scandaleux, parce qu'à cause de la loi sur le temps de travail, une infirmière n'a pas le droit de faire plus que 200 heures sup. mais si après avoir fini de travailler ici elle va travailler à l'hôpital là haut, moi je ne le sais pas ; donc finalement nous on embauche des infirmières d'autres hôpitaux, on les connaît, on a leur numéro et elles nous disent '*quand vous avez besoin, appelez-moi*'. On les paye à la prestation, donc c'est pas des intérimaires, c'est pas des titulaires, mais par contre en termes d'organisation du travail, ce sont des gens qui travaillent peut-être 80 heures par semaine, mais je ne peux pas le vérifier. Et je préférerais faire faire plus d'heures supplémentaires à des gens de chez moi. Et ça c'est

pervers. Quand on a fait notre plan social, on a diminué nos effectifs de 18 % et augmenté notre activité de 15 % ; je pense que dans les hôpitaux il y a une élasticité énorme sur le personnel. (...) Faites des comparaisons de ratio entre l'AP, le non lucratif et le privé. Il n'y a pas photo. L'augmentation des effectifs dans les hôpitaux ces dernières années, c'est considérable, alors qu'on a fermé des lits. Alors bon, les cliniques dans le privé, pourquoi elles sont moins chères ? Bon, elles ont une plus grande stabilité de production, elles prennent moins les malades atypiques, mais attendez, les gens qui ont fait l'école des mines, ils l'ont prouvé 10 000 fois, actuellement on est en train de tordre le système de tarification pour sauver l'hôpital public, mais un pontage coronaire dans le privé, le même chirurgien, il le fait 2 fois plus vite dans le privé qu'ici. Parce que là-bas, dans la journée, il va payer la panseuse, et s'il en fait deux, il est plus payé, il ne paye qu'une panseuse sur 12 heures, alors qu'ici il n'aura aucun incitatif, il ne va pas se presser. Et le paradoxe c'est que là-bas il aura moins de personnel, mais elles rentreront à l'heure chez elles, elles seront contentes de travailler, le chirurgien leur fera un très beau cadeau de Noël, alors qu'ici elles vont traîner jusqu'à 10 heures du soir sans que ce soit prévu et à Noël elles n'auront pas de cadeau de fin d'année parce que le chirurgien n'y pense même pas. Donc plus d'effectifs mais une condition plus difficile. »

EXTRAIT D'ENTRETIEN Directeur, PNL-B → [La gestion du personnel] « n'est pas facile, parce que si j'embauche trop de monde, ça coûte trop cher. L'année dernière [2008], la loi TEPA nous a un peu aidés, sur les heures supplémentaires. Le fait que les gens puissent faire des heures supplémentaires, plus rentables parce que non imposées et sans charges, a conduit à un paradoxe. [Avant], quand on avait besoin de monde parce qu'il y avait plus de malades que d'habitude, on arrivait toujours à trouver des gens qui voulaient faire les heures sup. alors les syndicats m'ont un peu embêté, mais ils étaient embêtés pour m'embêter, parce que (...) le personnel prend l'habitude de gagner plus d'argent. Moi, pour que les gens aient des horaires plus conformes, il faut que j'embauche, et ils ne veulent pas que j'embauche, donc aujourd'hui on a vraiment une réflexion parce qu'on a un projet de croissance, et moi j'essaie d'accompagner la croissance doucement parce qu'on a eu une grosse crise financière en 2003 où l'hôpital a failli déposer le bilan. Donc moi j'essaie d'anticiper, mais il faut trouver l'équilibre. »

POOLS DE REMPLACEMENT ET EMPLOIS AIDÉS → « On a un pool de remplacement, composé de 2 infirmiers et de 3 ou 4 aides soignants qui permet d'assurer les remplacements sur le terrain ; et on a un autre volant qui sont les contrats emplois aidés, on est un des établissements à avoir le plus grand nombre de CAE (contrats d'accompagnement dans l'emploi, ndlr) sur la région, alors c'est l'objectif qui nous a été fixé par l'ARH on ne sait pas pourquoi, mais si on nous supprimait aujourd'hui ces CAE, on se retrouverait en grande difficulté. » (Entretien, Directeur, CH-D)

→ « On essaye de reconstituer un pool de remplacement infirmier un petit peu structuré, qui ne soit plus [composé] de gens en difficulté professionnelle, ou en souffrance..., on essaye de renverser la tendance, de reconstituer un pool essentiellement infirmier, avec des profils de professionnels qui soient expérimentés. » (Entretien, DRH, CH-B)

Intérim

L'appel à l'intérim semble être plutôt rare (à l'exception du personnel médical des urgences). Par contre, les remplacements se font le plus souvent entre des membres du personnel, ce qui augmente beaucoup le nombre d'heures supplémentaires. Dans le petit hôpital de [CH-E], il y avait un nombre d'heures supplémentaires jugé colossal par rapport au nombre d'agents, en baisse actuellement. L'appel à l'intérim se fait pour éviter l'épuisement, quand les équipes sont en souffrance, « *pour montrer qu'on est capable de ne pas les faire travailler jusqu'à épuisement* », mais tous les postes étant pourvus, cette marge de manœuvre est aussi limitée. Cette situation est attribuée essentiellement à la « logique productiviste » de la T2A : « La T2A nous a fait rentrer dans une logique productiviste. Là où avant on pouvait envisager de fermer des lits dès lors qu'on n'avait pas les effectifs nécessaires pour les faire tourner, parce qu'on avait la sécurité de la dotation globale, aujourd'hui c'est plus le cas, donc il faut absolument maintenir le maximum de lits ouverts en fonction de la demande, avoir les effectifs pour pouvoir répondre à la demande. La problématique des remplacements se présente de manière accrue avec la T2A et sa déclinaison dans les pôles. Si chaque pôle individuellement rentre dans une logique productiviste avec des contrats de pôles, on aura de moins en moins de services qui vont fermer l'été, et de moins en moins de possibilités de redéploiement, et à l'instant t, sur le marché, on ne trouve pas forcément les remplacements nécessaires. » (Entretien, DRH, CH-A)

La flexibilité dans les échanges de personnel entre les pôles

Les difficultés invoquées pour trouver un bon équilibre dans la gestion des personnels de soins sont en partie liées aux revendications identitaires des infirmières, qui tiennent à garder leurs spécialités et considèrent souvent les contraintes de mobilité et de flexibilité comme dévalorisantes.

EXTRAIT D'ENTRETIEN Directeur, PNL-B → « Il faut de la souplesse, mais ça ce sont des choses à inventer. Actuellement on a de la souplesse au sein de chaque pôle mais pas entre les pôles, on ne peut pas affecter une infirmière de pédiatrie chez les adultes. Ce n'est pas une question de formation, l'infirmière qui s'occupe d'enfants, elle pourrait s'occuper d'adultes, sa formation lui permet, mais si je lui fais ça, alors qu'elle a choisi de s'occuper d'enfants, elle va aller dans un autre hôpital. C'est-à-dire que si on sait qu'ici on gère le personnel comme des pions, je n'arriverai pas à recruter. Donc il faut que je trouve le bon équilibre entre les souhaits de gestion de carrière des uns et des autres et les besoins de la structure ; c'est le problème du turn-over, finalement. Il y en a qui aiment le changement, d'autres pas. Il y a les deux, et ça c'est nouveau, et le problème c'est que les cadres de santé, ce sont des gens un peu rigides, élevés dans des modèles publics, avec des normes. La gestion des RH, ça doit devenir en permanence une négociation avec un personnel qui a des désirs personnels et des motivations professionnelles, et il faut que les deux se rencontrent, il faut arrêter de dire '*ce sont des bonnes sœurs, il faut les faire travailler comme des bonnes sœurs*' ».

En guise de conclusion on peut noter la diversité des mesures adoptées par les établissements pour faire face aux déficits de personnels. Directeurs d'établissement et DRH, pris entre les contraintes externes d'une part, celles de la législation et des décisions des ARH, et les contraintes internes d'autre part, pressions syndicales et revendications professionnelles, disposent de peu de marges de manœuvres pour négocier et trouver des solutions de

compromis avec leurs personnels. Cette conclusion s'impose surtout dans le cas des petits établissements de proximité : « La T2A n'intervient que dans la mesure où on en parle beaucoup, mais après on a très peu de marges de manœuvres. Ici, comme dans beaucoup d'hôpitaux, on sait que la chirurgie et le bloc sont très déficitaires, mais en chirurgie par exemple il n'y a qu'une infirmière le matin et une l'après midi, donc il ne peut pas y en avoir moins, donc après avoir fait le constat, on ne peut pas faire grand-chose de plus à moins de fermer le service. (...) *On peut difficilement faire moins en termes de personnel et pour les services qui produisent c'est difficile de les valoriser, parce qu'ils servent aussi à compenser les autres, donc le diagnostic on le connaît très bien mais on a peu de marges de manœuvres.* Et pour les médecins c'est pareil, ce sont eux les premiers responsables, dans tous les sens du terme vu que ce sont eux qui font ou ne font pas l'activité, mais *on n'a pas de moyens de sanction, on ne peut pas non plus leur donner des valorisations financières...* (...) Donc finalement je pense que la T2A a eu un rôle qui est difficile à évaluer, parce que ça fait prendre conscience aux gens que la santé a un coût, ça fait changer d'état d'esprit, mais on est très loin des objectifs parce qu'on n'a pas les outils, ***c'est un changement intellectuel, mais c'est une révolution inachevée, il faudrait aller plus loin, et faire des hôpitaux pratiquement des structures privées*** ; pour l'instant on est entre-deux et c'est frustrant, parce qu'on aimerait bien aller plus loin... » (Entretien, DRH, CH-E)

Partie 5 - Informatisation et transformation des pratiques professionnelles

L'introduction de la T2A a été directement associée à un processus de modernisation des établissements de santé, en particulier en ce qui concerne leurs équipements informatiques et leurs usages. Les récits obtenus sur la partie informatique de l'enquête commencent souvent en indiquant qu'il s'agit d'histoires « venant de loin ». Le matériel existant dans la majorité de ces établissements était obsolète ou inapproprié pour intégrer les programmes liés au passage à la T2A. À part la remise à niveau quasi générale du matériel, les réformes ont été à l'origine d'un changement de statut et de mission des services informatiques, que leur personnel a dû affronter non sans difficulté. Le Plan Hôpital 2012 avait prévu des investissements importants dans l'informatisation, qui devaient continuer au-delà de notre enquête, sans que le volet personnel informatique soit considéré.

L'ensemble de nos entretiens ont fait état, dans ce sens, de plusieurs problèmes communs aux établissements visités, des problèmes d'équipement, mais aussi de personnel, souvent en termes critiques, exprimant frustrations et déceptions à l'égard des difficultés du processus, du caractère laborieux des changements, de la résistance des professionnels, des rapports difficiles avec les fournisseurs d'équipement ou avec les tutelles.

Un décalage a été ainsi constaté entre la performance du matériel et les compétences des informaticiens. La résistance des derniers au changement est attribuée au passage rapide de certains services d'un statut de « sous service administratif » à celui de « secteurs stratégiques ». Placés « du jour au lendemain sur le devant de la scène », leurs résistances au changement ont été une réponse à leurs difficultés dans l'exécution des nouvelles missions. Le renouvellement des anciens personnels est plus long et problématique que celui des équipements. La fracture numérique passe aussi entre les générations de professionnels en informatique.

Le travail de codage diffère historiquement d'un établissement à un autre, et des différences importantes sont à noter entre les secteurs public et privé pour ce qui concerne l'organisation des départements d'information médicale et leurs liens avec les services de facturation et d'informatique. Entre les problèmes techniques de l'acquisition et d'appropriation des nouveaux équipements et les problèmes des nouvelles pratiques professionnelles autour du codage il y a la question de l'intégration des différents types de données produites, tableaux de bord d'une part, dossier patient d'autre part, qui devraient assurer le succès des réformes, aussi bien pour les stratégies managériales des établissements hospitaliers que pour faciliter l'intégration de la diversité des intervenants auprès des patients, à l'intérieur de l'hôpital lui-même ou en ville, dans le public et dans le privé, et placer ainsi le patient « au centre du système ».

Les outils du changement et le repositionnement des services

Le remplacement dans les hôpitaux des systèmes d'information obsolètes était, à la fin de la première décennie des années 2000, un processus récent et dans tous les cas connus inabouti. Le passage à la T2A a accéléré ce processus, à la fois pour répondre aux nouveaux

objectifs et pour rattraper des décalages accumulés. Les établissements devaient ainsi mieux intégrer le système national réformé et en même temps répondre aux besoins de leurs territoires de santé propres, en fonction de la catégorie de chacun.

Dans certains cas, la remise à niveau du matériel a remis en cause l'autonomie informatique des établissements, en particulier de ceux qui avaient développé leurs propres outils. Leurs logiciels ne correspondaient plus aux nouvelles normes, leurs supports non plus. Considérés comme des « *outils informels* » et des « *systèmes d'information parallèles* », mis en place pour pallier un matériel informatique défaillant, ils ont perdu aussi l'importance qu'ils pouvaient avoir avant. Ce qui explique pourquoi le changement des outils informatiques a été si laborieux et a rencontré beaucoup de résistances. Se séparer d'« *un produit maison réécrit par le service informatique au cours des années, qui correspondait bien aux besoins de l'établissement* » signifiait aussi la dévaluation des anciens investissements collectifs. Pour sortir de l'ancien système, il a été nécessaire de mobiliser une partie importante des personnels de soins de l'hôpital et d'obtenir le consensus nécessaire pour définir le cahier des charges avant l'acquisition du nouvel outil.

Un des exemples parmi les plus cités dans les entretiens est **le système d'information C.**, un progiciel dont plusieurs hôpitaux français se sont équipés. S'il est reconnu comme un outil performant (c'est « *un produit intégré, solide, qui tourne sur une base remarquable* », qui a « *tous les meilleurs trucs dans tous les domaines* ») dont on se déclare plutôt « globalement content », l'objectif principal n'a pourtant pas été atteint. Ce sont surtout les difficultés d'intégration des différentes parties (« quand on les met ensemble, ben cata, rien ne marche avec rien, et c'est des coûts hallucinants, on ne s'en sort jamais ») et le manque de réactivité du service après-vente qui sont mis en cause. On arrive à regretter ainsi le fait de ne pas avoir « *un truc un peu plus rustique mais solide* », qui leur permettrait de se servir de leur ancien outil médical et administratif, sans être obligés de prendre le PMSI, intégré dans C., plus performant, mais « *beaucoup trop cher* » et dont ils semblent appréhender l'utilisation. (Entretien, DIM, CH-A)

Ce progiciel n'est pas le seul à poser ce type de problème. Si l'offre du marché est très variée, il est difficile de trouver un système à même de répondre aux conditions exigées par l'introduction de la T2A : « *Aujourd'hui il y a à la fois énormément d'outils, mais très peu d'outils synthétiques et systématisés, partagés, chacun a fait sa cuisine dans son coin, il n'y a pas de partage.* » (Entretien, DIM, CH-B) Un certain décalage entre les performances de l'équipement et la capacité d'exploitation par les utilisateurs s'est maintenu, malgré les investissements élevés faits et le recrutement de professionnels en informatique mieux formés. Au total, le renouvellement de l'équipement n'exclut pas le bricolage ou l'usage d'outils ou de circuits « informels », comme cela avait été le cas auparavant.

Par conséquent, on peut proposer une autre analyse des problèmes de personnel des services informatiques dans le contexte de l'introduction de la T2A. Notre enquête avait enregistré des accusations sévères d'incompétence formulées dans les entretiens à l'égard des personnels des services informatiques, lorsqu'il s'agit d'anciens soignants ou d'autres personnels reclassés. Un autre problème relève des rapports professionnels avec les informaticiens : « *Vous seriez venu nous voir il y a trois ans, j'aurais assassiné le service informatique, parce qu'il avait à sa tête quelqu'un d'incompétent, de buté, d'autiste, j'ose le mot, et qui était absolument pas à*

sa place, avec un historique du service informatique qui était très mauvais. » (Entretien, DIM, CH-A)

Ces conflits, provoqués par les désynchronisations entre les nouvelles stratégies des établissements, liées à la T2A, et le fonctionnement des services informatiques, se sont apaisés suite au redécoupage de leurs territoires propres : *« depuis que [le nouveau directeur de l'informatique] est arrivé, je peux vous dire que les choses ont radicalement changé ; je m'entends très très bien avec lui, personne ne va sur le territoire de l'autre, avant j'étais perpétuellement sur le territoire de l'informatique, parce que je n'avais jamais les réponses à mes demandes, donc je n'arrêtais pas de m'en mêler, et c'est pas mon rôle, le responsable de l'information médicale n'est pas le responsable de l'informatique, mais ça c'était très dur à comprendre, l'informatique se pensait responsable de l'information médicale.* » (Entretien, DIM, CH-A)

Le partage des rôles entre le service informatique, qui doit *« se conformer aux besoins des utilisateurs, aux besoins du DIM, et non pas le contraire »*, en apportant des informations techniques, *« pour expliquer ce qui est faisable et ce qui ne l'est pas, quels sont les coûts, les problèmes techniques qui peuvent arriver, les place sur une position de prestataires, d'une manière comparable au DIM, qui est prestataire pour les cliniciens : son codage de l'information médicale rend compte du travail des cliniciens et de l'établissement »*. Ce partage des rôles et cette démarcation des frontières ont été *« un discours très difficile à faire passer »*, mais qui a fini par s'imposer. (Entretien, DIM, CH-A)

Tableaux de bord et systèmes d'information partagés

L'introduction de la T2A avait exigé essentiellement la concentration à la fois des données RH et des données financières de l'activité médicale et de disposer de tableaux de bord de pilotage et de gestion pour les différents pôles. La mise en place de ces tableaux de bord, réunissant des données sur les personnels et sur leurs activités, s'est avérée laborieuse et dans la majorité des cas inaboutie. Cette concentration était à l'état de projet au moment de l'enquête dans plusieurs établissements, et la « dimension décisionnelle » des tableaux de bord en gestation. Des équipes comprenant l'informaticien et le contrôleur de gestion essayaient de faire avancer les tableaux de chaque mois, avec *les données de suivi, les objectifs, les absentéismes, les pyramides des âges*, et leur mise à jour était permanente. Par contre, les tableaux de bord médico-économiques restaient un désidérata, l'étape de croisement des tableaux de bord de l'activité et des tableaux de bord RH étant projetée au-delà de la fin de notre enquête.

Au moment de notre enquête, l'arrivée tardive de la « V11 » (11e version de la T2A), et de son algorithme de groupage aux sociétés de prestataires informatiques, et encore plus tard dans les établissements, avait provoqué une levée des boucliers. La mise en œuvre de la T2A était menacée par l'absence d'information en temps réel sur la valeur des GHS. La responsabilité ne revenait pas au système informatique, mais relevait d'une décision politique en amont : *« C'est n'importe quoi. Un, les sociétés ne vont pas avoir le temps de l'intégrer, ou alors mal, et deux de toute façon, nous il faut qu'on les mette en place ces produits, qu'on les connaisse, qu'on les maîtrise. Un mois pour faire ça, c'est le délire, surtout qu'on a toujours notre production au quotidien, donc bien sûr que c'est délirant, bien sûr que l'État*

dans ce jeu-là ne remplit pas son rôle, il nous met dans des situations de faire des choses qui ne sont pas possibles » (Entretien, DRH, CH-A). L'absence d'information en temps réel sur la valeur des GHS avait rendu caduque la fabrication de tableaux de bord, l'unique solution restant la navigation à vue : « j'ai dit au service financier d'arrêter de faire des tableaux de bord, la seule chose qui m'intéresse dans le tableau de bord, c'est la projection en fin d'année, je ne connais pas le tarif, ni la règle, ni le montant, donc je ne sais pas où je vais. Les tarifs on va les connaître en mars, le temps qu'on comprenne, on va être en avril je ne vois pas comment je peux faire des projections correctes, savoir si je peux embaucher des gens. » (Entretien, Directeur, PNL-B)

Cette situation de crise a attiré l'attention sur la position de force qui revient aux sociétés informatiques qui contrôlent le marché et ne font pas les investissements attendus. Le choix d'un fournisseur informatique a un impact considérable, financier et organisationnel, sur un établissement et crée des rapports de dépendance : « Très clairement, on est beaucoup plus soumis aux oukases et aux dictats des sociétés informatiques..., ils font tout pour gagner le marché et puis une fois qu'ils l'ont gagné ils ont une rente de situation, c'est inadmissible, ça c'est très pénible. » (Entretien, DIM, CH-A)

La mise en place du dossier patient a rencontré des difficultés comparables. Dans une des régions concernées par l'enquête, une organisation régionale particulière était en cours, supposant la mise en place d'un socle d'interopérabilité qui devait permettre à tous les établissements de la région et aux professionnels libéraux de communiquer entre eux. Ce site pilote national, « sous la haute bienveillance du ministère », incitait les établissements de la région à se doter rapidement d'un dossier patient informatisé. Ailleurs, le Dossier Patient semble être plutôt en état embryonnaire. L'accès est uniquement en interne, sous le contrôle du DIM, l'accès de l'extérieur est exceptionnel.

Les divisions du travail de codage

Les enquêtes sur les conditions de travail, dont celle que nous avons réalisée nous-mêmes, avaient relevé à plusieurs reprises la mise en cause des opérations liées à la « traçabilité » comme représentant une surcharge de travail, limitant le temps des activités cliniques ou de soins. Le passage au « 100 % T2A » début 2008 a transformé l'opération de codage en un enjeu considérable à la fois professionnel et institutionnel : le refus de coder (les « grèves du codage »), le codage défectueux peuvent avoir comme résultats des pertes d'activité traduites financièrement, menaçant les recettes des établissements et les revenus des médecins. L'enquête de terrain montre l'existence d'une diversité de réponses aussi bien au niveau des investissements personnels dans ce type d'activité (avec des différences importantes entre le public et le privé d'une part et entre les générations d'autre part) qu'au niveau de l'organisation, avec des changements dans la division du travail entre les corps et les groupes professionnels. Le codage des actes médicaux, centralisé et décentralisé, fait partie aujourd'hui des pratiques professionnelles de routine, même s'il n'est pas toujours accepté ou véritablement effectué par les médecins, donnant lieu à des interventions externes (des DIM ou d'autres experts), ou à des délégations plus ou moins acceptées (secrétaires médicales, infirmières).

Le travail de codage diffère historiquement d'un établissement à un autre, et des différences importantes sont à noter entre les secteurs public et privé pour ce qui concerne l'organisation des départements d'information médicale et leurs liens avec les services de facturation et d'informatique. S'il est vrai que les médecins, salariés ou libéraux, n'ont pas été au départ très motivés pour participer au codage (et apparemment la résistance de certains d'entre eux continue d'être forte), les établissements ont trouvé des moyens pour résoudre la question aussi bien au niveau des services que dans l'organisation des départements de l'information médicale.

L'introduction de la T2A est décrite souvent comme un moment difficile, marqué par des tensions entre les médecins et les équipes soignantes, parfois plus préoccupées que les médecins par la qualité du codage. Les médecins semblent avoir accepté le codage sous une double contrainte, celle de l'administration, mais aussi suite à la pression « d'en bas », de la part des infirmiers et cadres de santé : *« Il y a eu un moment où les médecins ne s'intéressaient pas aux dépenses, donc on les a sensibilisés à ça, quelque part ça les angoisse. Les infirmières étaient là et aussi le cadre de proximité, pour leur dire, pour les dépenses de laboratoire (etc.). Quelque part cette tension, elle a créé un petit peu d'animosité. Par contre, les mentalités commencent à changer parmi les médecins. Au début ça a été très dur. »* (Entretien, DIM, CHU-A)

Des différences d'organisation du codage persistent entre les établissements. On parle habituellement de « *codage centralisé* » quand l'opération de codage est effectuée par les médecins DIM et par leurs collaborateurs (TIM, secrétaires médicales, etc.) et de « *codage décentralisé* » quand les médecins codent personnellement leurs propres actes. Depuis l'introduction de nouveaux logiciels qui permettent la saisie directe par les médecins de leurs actes, la « *décentralisation du codage* » semble s'être imposée dans la plupart des établissements. En fait, il s'agit de **deux opérations distinctes** : le **codage des actes** par les médecins (qui peut être fait à un niveau intermédiaire, par les chefs de clinique par exemple, ou délégué à des infirmières) et le codage des diagnostics par les médecins DIM, sur la base de « résumés de sortie » (des patients) rédigés par leurs confrères. Ce type de codage, appelé aussi « *recodage centralisé* », peut se présenter comme une opération de contrôle – et il existe plusieurs niveaux de contrôle et plusieurs intervenants, dont, en dernier, les experts de la Sécurité sociale. Les enjeux de ces interventions de contrôle sont d'une part la valorisation au mieux de l'activité médicale, l'évitement du sous-codage, et d'autre part la sanction du surcodage, considéré comme une « tricherie » potentielle. Il s'agit donc d'enjeux d'ordre économique et financier, mais aussi professionnel, mais aussi d'instruments de pression administrative à l'origine d'une ambiance de « méfiance généralisée » dans les relations entre contrôleurs et contrôlés.

Par ailleurs, le codage centralisé semble avoir déplacé la ligne de partage entre le DIM et ses confrères médecins, leurs « rapports conflictuels » se situant maintenant au niveau des lettres de sortie, des comptes rendus opératoires informatifs, des informations saisies dans les dossiers paramédicaux, afin de « valoriser au mieux, sans tricherie, sans cafouillage » les activités. Certains services sont toujours en retard, certains médecins font « des lettres nulles », « il y en a qui n'ont toujours pas compris après 15 ans les choses simples du PMSI ». La vocation pédagogique du DIM est mise à l'épreuve (« aller expliquer à 220 ou 230 médecins des règles de codage, c'est un boulot de titan »). (Entretien, DIM, CH-A)

À part ces deux formes de codage, de base, décentralisé, et le recodage centralisé des DIM, il y a le « codage intermédiaire », celui des chefs de clinique et des chefs de service, qui le font à la place des praticiens hospitaliers. Au CHU-A, le DIM travaille avec les chefs de clinique et les chefs de service qui supervisent les recettes.

Au PNL-A, le contrôle du codage s'exerce à trois niveaux : au niveau de la saisie, de l'interprétation du dossier médical, il est fait par les TIM (techniciens de l'information médicale) ; la validation de ce premier codage est sous la responsabilité du médecin DIM, qui fait lui un certain nombre de codages et valide l'ensemble des données. À partir de cette validation, les équipes de la facturation récupèrent l'information et effectuent le contrôle traditionnel de la facturation. Finalement, il y a les contrôles de la Sécurité sociale, redoutés, qui peuvent être à l'origine de déremboursements importants.

Transformation des pratiques professionnelles

Au-delà du renouvellement des équipements et des équipes informatiques, l'introduction de la T2A a fait du codage des actes par les médecins, avec la participation d'autres catégories d'intervenants (DIM, TIM...) un enjeu central dans la gestion des établissements. Les actes du médecin, qui faisaient déjà l'objet d'enregistrements dans le cadre du PMSI, sont devenus le centre d'intérêt de plusieurs services, avec des descriptions et des interventions successives (résumés de sortie, codages à plusieurs niveaux), qui les transforment dans une production collective tout en multipliant les formes de surveillance et de contrôle. Celles-ci s'exercent à plusieurs niveaux, exposant leurs auteurs à des soupçons (de tricherie), à des risques de sanction (du « trop » ou de « pas assez » d'enregistrements dans les comptes-rendus des actes), à des obligations de justification et à des injonctions pour écourter la durée de séjour.

Des changements sont ainsi intervenus au niveau des pratiques professionnelles, et du codage, qu'il soit centralisé, décentralisé ou intermédiaire, mais aussi au niveau des rapports de coopération au travail au sein des différentes équipes opérationnelles à l'hôpital, des équipes de direction aux équipes de soins. L'articulation entre l'activité médicale et de soins et la reconnaissance de cette activité à travers le codage informatique à des fins de gestion implique un repositionnement des groupes professionnels, en termes de reconfiguration des identités professionnelles, des territoires d'intervention et de redéfinition des frontières entre les groupes : informaticiens et DIM, DIM et service financier, DIM et médecins, etc. Le processus de formalisation et de désingularisation des pratiques médicales se révèle donc difficile à mettre en œuvre en raison des logiques différentes des acteurs impliqués.

Partie 6 - Conclusions

Les effets de la T2A – critiques et désenchantement

La T2A entre le symbolique, l'instrumental et le socioprofessionnel

Désignée dans les différents entretiens comme « révolution culturelle », « simple outil de gestion », ou « usine à gaz », le sens de ces surnoms de la T2A n'est pas toujours facilement saisissable. Essayant de cerner leur signification, nous avons été frappés dans un premier temps par l'asymétrie entre une dimension symbolique de la T2A, vue comme « révolution culturelle », à l'origine d'un changement intellectuel ou de mentalité (soit-il limité ou inachevé), et une dimension pragmatique qui la réduit à un « simple » outil de gestion.

D'un point de vue instrumental, en tant qu'outil de gestion, inspiré par le management de l'entreprise, la T2A succède au PMSI et aux points ISA qui évaluaient des regroupements d'indicateurs dans des *groupes homogènes de malades* (GHM), ultérieurement aussi par les *groupes homogènes de séjour* (GHS)¹⁶. Outils qui ont été promus grâce à la création des départements de l'information médicale (DIM, 1986-1991), et accompagnés par la constitution de l'Étude nationale des coûts par séjour (ENC) en 1992¹⁷.

La dimension symbolique est présente aussi bien dans la dénonciation de cet instrument de mise en place de « l'hôpital-entreprise » comme produit de l'idéologie managériale¹⁸, que dans l'appréciation de l'aspect révolutionnaire et de changement de mentalité, qui finira par s'imposer avec le renouvellement des générations. Dans cette seconde perspective, les critiques de la T2A visent plutôt le caractère inachevé de la réforme, qui n'est pas dû à l'instrument lui-même mais plutôt à l'absence de mesures appropriées d'accompagnement.

La T2A ne peut pas être réduite à une dimension unique, symbolique ou instrumentale, dans la mesure elle a été accompagnée par des transformations d'ordre organisationnel, professionnel et social. De nouvelles professions (DIM, TIM), apparues à l'hôpital avec l'introduction du PMSI, ont été confortées. Les DIM en particulier occupent progressivement des positions de plus en plus importantes dans les structures de l'institution. Les services informatiques et les services de facturation ont été directement « impactés » par la place grandissante des départements d'information médicale : des investissements ont contribué au développement de l'informatique, alors que le service de facturation lui a été souvent rattaché. La place stratégique qui revient aux DIM a accentué la différenciation entre les services « stratégiques » et les services « techniques » de l'administration. Cette différenciation s'est produite aussi au sein des départements d'information médicale, avec des organisations complexifiées – comme l'apparition à certains endroits d'un DIM « stratège » doublé d'un DIM « exécutif ». On lui attribue aussi des effets au niveau de la hiérarchie des directions,

¹⁶ Ces regroupements ont comme fonction d'incorporer la supervision directe dans la structure comme mécanisme de coordination, Cf. (Danet, 2008, p. 148).

¹⁷ Enquête permanente sur 50 établissements servant à la détermination des tarifs.

¹⁸ « Loin d'être un simple outil de gestion parmi d'autres, le PMSI impose à l'hôpital une catégorisation des usagers en fonction de leur rentabilité ; relègue au rang de 'déchets sociaux' et met en danger sanitaire de nombreux patients [etc.] ». Danet, *op. cit.*, p. 202.

avec l'imposition de la direction financière ou la subordination des directions de soins aux DRH.

Limites et effets positifs de la T2A

Les effets proprement économiques de l'introduction de la T2A semblent avoir été minorés suite aux mesures de contrôle introduites par l'État à travers la modification des tarifs (début 2008, peu de temps après le passage à « 100 % T2A » des établissements ex-DG). Dans plusieurs entretiens, il est clairement dit que « le problème n'est pas la T2A », mais la fixation du budget au niveau national, ainsi que l'ensemble des contraintes imposées à l'hôpital public qui le privent des mesures d'accompagnement nécessaires pour tirer profit de l'augmentation des activités dans les établissements suite à l'introduction de la T2A.

Le sens des réformes liées à la T2A semble avoir polarisé profondément l'espace social des établissements de santé. Les prises de position radicales d'un certain nombre de ses acteurs, ainsi que la médiatisation conséquente ont fait la réputation majoritairement négative d'un mécanisme dont l'application est récente et l'évaluation des effets problématique. Elles témoignent des transformations de cet espace et de ses groupes professionnels spécifiques, ainsi que d'un problème d'ajustement de leurs rapports identitaires¹⁹. La recomposition des équipes de direction, l'adoption de nouvelles pratiques managériales et de nouveaux instruments de gestion et de communication imposent aux différents groupes professionnels de se repositionner par rapport au discours de la réforme et d'élaborer des nouvelles stratégies collectives et individuelles de pouvoir.

CRITIQUES ET DÉSENCHANTEMENT → « Quel que soit le système à l'intérieur, que ce soit un système de type libéral comme la T2A ou un système plutôt administré type dotation globale, ce n'est pas le mécanisme qui est en cause, c'est l'enveloppe. Je ne pense pas que ce soit la T2A qui fasse la difficulté. (...) La T2A aurait eu un effet d'émulation, le public aurait pris des parts de marché sur le privé, et je pense que c'est l'effet positif de la T2A, ça a réveillé pas mal de choses, mais si on envisage de donner aux cliniques des missions de service public, il faudrait en même temps donner plus de souplesse aux hôpitaux (le code des marchés publics, que n'ont pas les cliniques, représente par exemple un poids énorme pour des procédures d'achats, etc.²⁰) ». Dans ce sens, la loi récente sur la communauté hospitalière peut être considérée aussi comme « une manière de réguler la T2A, d'introduire 'une concurrence saine' », prenant en compte « les inégalités entre les hôpitaux, les difficultés des hôpitaux à développer certains services, d'avoir les autorisations, et sans avoir la même réactivité que les cliniques, ni la même incitation financière non plus ». (Entretien, DRH, CH-E)

LA « PERVERSITÉ DU SYSTÈME T2A » → « Le système est quand même très pervers, parce qu'au départ on annonce la tarification à l'activité comme un nouveau mode de financement pour les établissements publics, en disant que plus on allait travailler, plus on allait être rémunérés par rapport à l'activité. Donc il y a un certain nombre de grosses structures qui se sont lancées à corps perdu là-dedans. Après, c'est vrai qu'on est tenus par la limite des dépenses d'assurance maladie, ce qui fait que, par la péréquation, on a une diminution des tarifs. Et ça c'est quelque chose qu'on voit, et que l'on va vivre prochainement, puisqu'on est

¹⁹ (Gheorghiu, Guillemot, Moatty, 2009).

²⁰ Le statut de la fonction publique, les lois récentes sur la consommation ou sur les heures supplémentaires sont cités parmi ces obstacles à l'assouplissement de l'institution hospitalière.

en train de signer un avenant à notre CPOM sur les objectifs sur les OQOS, et on s'est rendu compte que sur les objectifs qui nous étaient fixés, tous nos nombres de séjour étaient diminués de 200 à 300 séjours par an à compter du premier janvier 2009. Ce qui va avoir des effets pervers, puisque ça va nous contraindre à limiter notre activité. Après reste à voir comment les autorités de tutelle vont appliquer les dispositifs de sanctions, on nous a dit que l'ARH n'appliquera pas les dispositifs de sanction prévus par le code de la santé. Mais les annonces qui ont été faites et les résultats qu'on a aujourd'hui sont totalement contraires à l'effet initial qui avait été annoncé. » (Entretien, Directeur adjoint, CH-D).

LA T2A ET L'EPRD → « Le gros impact de la T2A aujourd'hui c'est que ça devient beaucoup plus pragmatique, plus apparent avec l'EPRD notamment ; quand on a des difficultés au niveau de l'EPRD, il y a des arbitrages à faire et plutôt que de les faire de manière subjective, mon rôle est d'essayer de donner des arguments médico-économiques : on va discuter les outils, les indicateurs, pour essayer d'éclairer le débat, et que les choix soient faits de façon raisonnée. » (Entretien, DIM, CH-B)

LA T2A ET L'ENVIRONNEMENT DE L'HÔPITAL → « Le plus gros reproche qu'on peut faire à la T2A c'est l'aspect complètement mécaniste de la réorganisation budgétaire et du postulat qui dit qu'il est légitime qu'une appendicite coûte le même prix à Marseille, à Nice, dans le public, dans le privé... Un des éléments essentiels, qui n'est pas pris en compte par la T2A, c'est que le mode de financement fait abstraction totale de l'environnement dans lequel l'hôpital évolue. Or, l'activité hospitalière est quand même très impactée par l'existence ou non d'un réseau de spécialistes en ville. Je pense notamment à ça, si on fait énormément de consultation de spécialités à l'hôpital on est hyper coûteux pour le fonctionnement de la consultation, sauf que s'il n'y a pas de traitement de consultation public en face, il faut bien que quelqu'un apporte cette réponse. Et cet aspect-là n'est pas pris en compte du tout. (...) On pourrait très bien envisager un système [qui] supposerait des interactions, des passages entre les différentes enveloppes, de repartir des dépenses moyennes de santé par habitant sur une région et de regarder comment on pourrait répartir équitablement les enveloppes, je pense qu'il y a peut-être des constructions intelligentes à faire comme ça. (...) On peut penser que sur certains territoires, à profil démographique à peu près égal, globalement, la dépense de soins par habitant est à peu près la même, et voir comment on pourrait la basculer d'un secteur à l'autre pour pallier les déficiences de tel ou tel secteur. Par ailleurs, moi je trouve que la dotation globale, pondérée, éclairée par le PMSI, présentait de nombreux avantages : un, c'est un outil extraordinaire pour mener des politiques publiques, « je décide que tel établissement justifie d'avoir autant, et on n'est pas dans un système où il faut justifier par de l'activité, parce que c'est un choix de politique publique », et le PMSI permettait de vérifier l'activité et de voir s'il y avait des anomalies et de permettre de l'expliquer. Et je pense que, parce qu'on n'a pas eu le courage politique à un moment d'utiliser intelligemment ces deux outils, on est passé à un système complètement ouvert, mécaniste, et qui fait des dégâts redoutables, parce qu'on est sur une logique de marché et le marché ne s'est jamais préoccupé du bien public, ça se saurait, c'est pas fait pour ça. On le voit bien d'ailleurs, là je pense que la T2A va répondre de sa logique mécanique avec des fermetures d'activités sur des secteurs, des fuites de médecins, des fermetures d'établissements, parce que ce sont des logiques de marché, alors est-ce que la logique de marché correspond à une logique d'intérêt général ? Ça reste à prouver. » (Entretien, DRH, CH-A).

Une polarisation accentuée

La T2A diffère nous l'avons vu de son modèle d'origine, du fait de son inscription dans un système universel de couverture du risque maladie, au sein d'une offre de soins réglementée, et du fait d'une mise en œuvre dans un contexte hautement régulé. L'exploration quantitative et qualitative menée sur l'introduction de la T2A, son impact et son lien avec les RH vient compléter ces éléments. Elle débouche sur des constats statistiques en partie éclairés par une compréhension plus large des trajectoires et des stratégies des établissements, même si cet éclairage est limité aux cas les plus favorables. Les entretiens montrent des représentations différentes et parfois contradictoires de la T2A de la part des différentes catégories d'acteurs en lien avec une polarisation profonde de l'espace social des établissements de santé. Ils font état de tendances parfois opposées dans les changements attendus.

Le secteur privé non lucratif paraît à la fois le plus impacté par la T2A et rencontre le plus de difficultés, au contraire du secteur privé lucratif. Les raisons de ce cumul de difficultés sont difficiles à cerner à partir de l'enquête. Une première hypothèse serait que le différentiel de charges sociales et patronales qui pèsent sur les salaires de ce secteur relativement à ceux du secteur public accroît notablement le coût de sa main-d'œuvre, pourtant financé selon des règles identiques (i.e. la même grille de tarifs)²¹. Une autre hypothèse est liée à la spécialisation de ces établissements orientés dans des activités moins rémunératrices, au regard de la tarification en vigueur des actes et des séjours, que ceux du privé lucratif. Enfin, la situation financière de ces établissements est moins bien connue que celle du public ou des cliniques, elle a fait l'objet de moins d'investigations, en dehors de l'analyse de la structure des salaires.

Dans le public, les grands établissements semblent nettement plus concernés par la T2A, les perturbations à son application et par des difficultés budgétaires ou RH, notamment en raison de l'insuffisance des moyens humains. Les entretiens montrent que la bonne position relative de petits établissements publics peut être liée à des alliances ou partenariats au sein de leur bassin et à une stratégie de complémentarité avec le CHU, lorsqu'ils se sont « bien » spécialisés, par exemple en fermant leur maternité. Compte tenu de l'étendue de leurs missions, ces stratégies de « niches » seraient plus difficiles pour les grands établissements du public.

On observe, dans le secteur privé, une certaine relation entre la présence d'une activité de chirurgie et des difficultés RH d'un côté, et dans le public entre la présence d'une activité d'obstétrique et des difficultés budgétaires, de l'autre. Un élargissement de l'activité aux soins de suite est plutôt favorable dans le privé du point de vue budgétaire car il est sans doute moins risqué qu'une spécialisation poussée en chirurgie. Sans surprise, l'activité en obstétrique suscite davantage de difficultés dans le public avec la fermeture ou l'absorption de petites maternités. Les résultats concernant la chirurgie sont plus originaux, car cette activité qui correspond à des actes techniques codifiés est censée être favorisée par la T2A. Sur ce point, les résultats de la post-enquête peuvent nous éclairer. D'un côté, la chirurgie est productrice d'activité, à la fois par elle-même et en raison de l'activité induite pour les soins de suite ; elle est à ce titre plutôt favorisée par la T2A lorsque le niveau d'activité permet un rendement d'échelle. Mais d'un autre côté, lorsque ce niveau est insuffisant, elle

²¹ (Bartoli, Bras, 2007).

s'accompagne de difficultés financières entraînant sa fermeture ou son transfert. Elle suscite ainsi la concurrence entre établissements en termes de spécialisation et en termes de mobilité pour les chirurgiens. Source d'activité, elle peut poser des difficultés RH en cas de concurrence locale importante. De fait, son absence se conjugue avec de moindres difficultés, notamment l'absence de conflits avec l'extérieur, que sa forte présence vient au contraire exacerber. Au total, la présence d'un service de chirurgie, d'obstétrique ou d'urgence pose paradoxalement des difficultés budgétaires dans la mise en place de la T2A et ceci quel que soit le statut. Si ces services sont sources d'activité, notamment la chirurgie et les urgences, leurs activités sont pour partie non programmées ou non programmables, avec une gestion de pics nécessitant un personnel important dont le coût pèse sur les budgets.

Au-delà des résultats liés au statut, à la taille ou aux spécialisations des établissements, leur environnement paraît corrélé aux difficultés rencontrées. L'introduction d'indicateurs de cet environnement dans les modèles conduit souvent à faire disparaître ou atténuer les résultats concernant l'activité. Il en est notamment ainsi des évolutions de la population accueillie (son appauvrissement et sa précarisation en particulier)²² ou des attentes des patients et de leur famille (information, qualité des prises en charge, réduction des risques...) ou encore de la concurrence locale avec d'autres établissements hospitaliers.

Du point de vue des RH, la mise en œuvre de la T2A introduit une gestion du personnel en masse salariale qui rend cruciales les variations des effectifs liés notamment aux recrutements, à la mobilité ou aux remplacements liés à l'absentéisme, ou enfin à l'importance de l'activité. Un de ses effets serait aussi la croissance de la mobilité des personnels même s'il est difficile de mettre en rapport directement l'introduction de la T2A et les problèmes de recrutement, souvent anciens. Pour les médecins, l'intensification de la concurrence et la sélection par des critères de performance ont accentué la mobilité, au-delà des problèmes démographiques que rencontre la profession. Si des luttes de concurrence peuvent s'établir entre grands et petits établissements pour s'approprier les médecins, des accords de partenariat sont aussi en mesure d'atténuer ce phénomène.

Des difficultés souvent anciennes ont été exacerbées par la T2A, sans qu'elle en soit la cause. Tout se passe comme si les établissements qui auraient insuffisamment préparé l'arrivée de la T2A en ne restructurant pas suffisamment leurs activités rencontraient aujourd'hui les plus grosses difficultés, en particulier budgétaires, mais une analyse plus précise reste à mener à partir de sources adaptées.

Les entretiens témoignent de l'ensemble des transformations actuelles de l'espace social des établissements de santé et des évolutions de ses groupes professionnels spécifiques, ainsi que d'un problème d'ajustement de leurs rapports identitaires. La recomposition des équipes de direction, l'adoption de nouvelles pratiques managériales et de nouveaux instruments de gestion et de communication imposent aux différents groupes professionnels de se repositionner par rapport au discours de la réforme et d'élaborer des nouvelles stratégies collectives et individuelles de pouvoir.

²² Ces résultats confirment l'importance de la question des surcoûts de la T2A pour concilier « équité et qualité des soins » soulignée dans le « Second rapport d'activité du comité d'évaluation de la T2A » (Blanchard, Pichetti, Raynaud, 2009).

Dans ce cadre, le rôle du directeur apparaît central dans la gestion de l'impact de la T2A alors même que leur corps professionnel est déstabilisé par des réformes récentes. Plusieurs interviewés pensent que lorsqu'ils savent utiliser le système et envisager la T2A comme un outil, ils retrouvent des marges de manœuvre internes. Ils considèrent que la T2A ne doit pas tenir lieu de management interne ni de principe d'organisation à l'intérieur de l'établissement, sous peine de déstabiliser gravement les équipes. Cependant les entretiens font également état de critiques et de désenchantement en raison de la « perversité » du système T2A liée à la régulation des dépenses d'assurance maladie.

Annexe 1 - Questionnaire de l'enquête « Changements Organisationnels et Informatisation dans les établissements de santé » (COI-H) de 2007



Changements Organisationnels & Informatisation

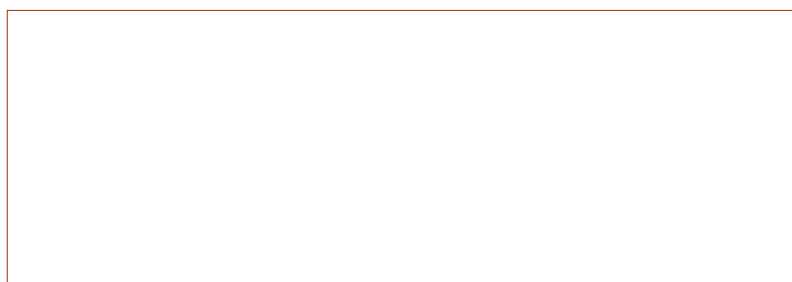
le dispositif d'enquêtes sur les changements
organisationnels et l'informatisation



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



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



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

Mme/ Mlle/ M. : _____

N° de téléphone : _____

Courriel : _____

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

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

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

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

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

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

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

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête, reconnue d'intérêt général et de qualité statistique, est obligatoire. Visa n°2007X104SA du Ministre de la santé et des solidarités et du Ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie valable pour l'année 2007. Aux termes de l'article 6 de la loi n°51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques, les renseignements transmis en réponse au présent questionnaire sont confidentiels et destinés à la Drees et ne sauraient en aucun cas être utilisés à des fins de contrôle fiscal ou de dépression économique.

A – SITUATION ET STRATEGIE DE VOTRE ETABLISSEMENT

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

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

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

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

B – REORGANISATIONS, PARTENARIATS, CONTRATS

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

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

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

¹ si la fonction est, par exemple, pour partie gérée par l'hôpital, pour partie sous-traitée, entourer les codes correspondant aux deux modalités.

² gérée au niveau d'un partenariat, d'un réseau, etc.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E – ACTIVITE MEDICALE ET LOGISTIQUE

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

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

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

F – ORGANISATION DU TRAVAIL ET RESSOURCES HUMAINES

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

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

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

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

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

G – BILAN SUR LES CHANGEMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

37. À quel service appartient le(s) répondant(s) au questionnaire ?		Répondant principal	Autres services éventuellement consultés ⁷
37.1	Direction générale	1	2
37.2	Ressources humaines	1	2
37.3	Informatique, système d'information	1	2
37.4	Finances, comptabilité	1	2
37.5	Autre service (<i>préciser</i>) : _____	1	2

⁷ Plusieurs réponses sont possibles.

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

Annexe 2 - Le cadrage statistique

L'enquête COI-H 2007 interroge les établissements hospitaliers sur les outils de gestion et les outils informatiques mis en place en 2003 et en 2007, et les changements organisationnels entre ces deux dates. Les domaines envisagés sont larges, ils concernent les restructurations au sein des établissements et les partenariats externes, les outils informatiques et le système d'information, les outils de gestion de la relation avec les patients, les outils logistiques, l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines (RH). Un éclairage particulier est apporté sur la mise en œuvre de deux réformes particulièrement importantes, la tarification à l'activité (T2A) et la nouvelle gouvernance.

Les conditions de la mise en œuvre de la T2A et les difficultés concernant les RH, au cœur du sujet de la post-enquête, sont ainsi approchées à partir de plusieurs questions. Ces questions peuvent être analysées en lien avec une grande diversité de caractéristiques des établissements, qu'il s'agisse de leur statut, de leur taille, de leurs spécialités et leur environnement, ou bien encore des restructurations qu'ils ont connues, des partenariats noués, et des outils dont ils se sont dotés.

Le cadrage statistique a donc pour premier objectif d'examiner un certain nombre d'indicateurs dans l'enquête COI-H qui permettent d'approcher ces questions. Dans la section 1, sont ainsi examinés l'impact déclaré de la T2A sur les établissements, les difficultés rencontrées dans sa mise en œuvre, les difficultés concernant également les RH et différents indicateurs de difficultés budgétaires, avec pour objectif de mettre en évidence les corrélations entre ces difficultés et les types d'établissements où elles paraissent les plus importantes (section 1). Les résultats statistiques ont servi de trame de fond lors des entretiens de la post-enquête qui a permis d'apporter certains éléments d'interprétation. Ils ont également servi à orienter les choix opérés pour sélectionner les établissements interrogés dans le cadre de la post-enquête (section 2). La mise en évidence des caractéristiques des établissements qui font plus ou moins face à des difficultés dans les ressources humaines à l'occasion de l'introduction de la T2A permet ainsi d'équilibrer l'échantillon pour retenir des établissements suffisamment typiques et/ou contrastés du point de vue de ces questions.

La mise en œuvre de la T2A, ses difficultés et la question des ressources humaines

Les conditions de la mise en œuvre de la T2A et ses effets sur les ressources humaines sont approchées dans l'enquête à partir de plusieurs questions. Une première question porte sur l'intensité de l'impact de l'introduction de la T2A sur l'activité de l'établissement, de nulle ou très faible à très forte (question 3.1, questionnaire en annexe II) ; une deuxième série de questions s'intéresse de façon plus précise aux conditions de l'introduction de la T2A (questions 34 à 37). En particulier, il est demandé « dans quelle mesure l'introduction de la T2A a-t-elle été perturbée par les difficultés suivantes²³ » (moyens humains insuffisants ou difficultés de gestion du personnel ; difficultés d'adaptation, d'appropriation ou d'utilisation par les salariés ; etc...), de nulle ou très faible à très forte. Par ailleurs, certaines difficultés

²³ Cette annexe adopte dans la mesure du possible la terminologie adoptée dans la formulation des questions de l'enquête.

concernant les ressources humaines sont décrites, notamment les difficultés de recrutement par catégorie de personnel (question 27). Les réponses à chacune de ces questions vont être examinées, en essayant à chaque fois d'identifier les types d'établissements qui se distinguent dans ces réponses.

Un très fort impact de la T2A sur l'activité des établissements, surtout pour les grands établissements du public et du privé non lucratif

Pour plus de la moitié des établissements, l'impact de l'introduction de la T2A sur leur activité est jugé très fort, et 88 % d'entre eux déclarent un impact fort ou très fort : rares sont donc les responsables d'établissements qui se sentent peu concernés par la T2A (tableau 1).

Tableau 1 - Impact de l'introduction de la T2A selon le type d'établissement (en %)

Impact de l'introduction de la tarification à l'activité (Q3_1)	Type d'établissement selon le secteur et la taille (effectifs hors médecins)						Total
	Public, 800 et plus	Public, moins de 800	Privé non lucratif 300 et plus	Privé non lucratif moins de 300	Lucratif, 200 et plus	Lucratif, moins de 200	
Nul ou très faible	0.5	0.8	0.0	10.4	3.4	2.9	2.6
Faible	5.2	10.9	5.9	9.8	13.3	9.5	9.4
Fort	36.9	39.3	34.2	33.7	28.8	37.4	36.0
Très fort	57.5	49.1	59.8	46.1	54.5	50.3	52.0
Total	17.1	21.8	5.5	9.7	13.9	32.0	100

Lecture : (1ère colonne) 0,5 % des établissements publics de moins de 800 salariés jugent que l'impact de la T2A sur l'activité de leur établissement est nul ou très faible, et 57,5 % estiment qu'il est très fort. Ces établissements publics de moins de 800 salariés représentent 17,1 % des établissements du champ de l'enquête COI-H.

Champ : France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). N=629. Données pondérées.

Sources : Enquête statistique publique COI-H 2007, CEE et DREES.

Pour analyser l'impact de la T2A selon la taille des établissements, des tranches de taille différentes sont adoptées dans chacun des secteurs, public, privé non lucratif et privé lucratif, pour tenir compte de leurs spécificités. La proportion d'impacts « fort » ou « très fort » semble particulièrement importante dans les grands établissements du public et du privé non lucratif (95 % dans les deux cas). Les établissements du secteur privé lucratif, et les établissements publics ou privés non lucratifs de plus petite taille semblent un peu moins impactés, avec un niveau qui reste toutefois très élevé (au moins 80 % d'impact fort ou très fort).

Le clivage entre établissements du point de vue de l'impact ressenti est cependant surtout sensible selon les spécialités qu'ils proposent (tableau 2) : les déclarations d'impact faible ou très faible proviennent plus souvent des établissements qui n'ont pas de service d'urgences ni de service d'obstétrique, et surtout de ceux qui n'ont pas d'activité chirurgicale, même si ces derniers sont relativement peu nombreux dans le champ de l'enquête.

Tableau 2 - Impact de l'introduction de la T2A selon la spécialité de l'établissement (en %)

Impact de l'introduction de la tarification à l'activité (Q3_1)	Spécialités								Ensemble
	Urgence		Chirurgie			Obstétrique			
	Non	oui	non	Peu ¹ (<médiane)	Beaucoup (>médiane)	non	Peu ¹ (<médiane)	Beaucoup (>médiane)	
Nul ou très faible	3.6	1.4	11.1	0.3	1.0	4.1	0.9	0.7	7.4
Faible	10.1	8.6	10.5	6.6	10.32	12.4	6.4	4.9	9.0
Fort	35.8	36.2	30.5	38.5	36.6	35.0	39.7	35.5	34.2
Très fort	50.5	53.8	47.9	54.7	52.1	48.5	53.1	58.9	49.4
Total	100 (55.7)	100 (44.3)	100 (18.2)	100 (25.2)	100 (56.6)	100 (56.4)	100 (18.8)	100 (24.8)	100 (100)

¹ Peu : proportion d'admissions pour chirurgie (obstétrique) sur le total des admissions inférieure à la médiane.

Lecture : (1ère colonne) 3,6 % des établissements qui n'ont pas de service d'urgence jugent que l'impact de la T2A sur l'activité de leur établissement est nul ou très faible (contre 7,4 % de l'ensemble des établissements – dernière colonne), et 50,5 % estiment qu'il est très fort (49,4 % en moyenne – dernière colonne). Ces établissements sans services d'urgence représentent 55,7 % des établissements du champ.

Champ : France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). N=629. Données pondérées

Sources : Enquête statistique publique COI-H 2007, CEE et DREES

Cependant, les spécialités ne sont pas uniformément réparties selon le type ou la taille des établissements, et elles sont également corrélées entre elles. Par exemple, les petits établissements du public ont moins souvent de chirurgie ou de service d'obstétrique, et les établissements qui ont le plus développé leur activité ambulatoire sont aussi ceux qui ont une activité chirurgicale et/ou d'obstétrique. Une modélisation logistique (tableau 3) montre que, à spécialités données, la probabilité de déclarer un impact fort ou très fort de la T2A est significativement plus importante dans les établissements du privé non lucratif de plus de 300 salariés et dans les établissements publics que dans les établissements lucratifs. De plus, quels que soient le statut et la taille, l'absence d'une activité en obstétrique diminue significativement l'impact ressenti de la T2A, tandis que l'absence de soins de suite l'augmente : autrement dit, des entrées en obstétrique (qu'elles fassent ou non une part importante de l'activité) augmentent la probabilité d'impacts importants de la T2A tandis que des séjours en soins de suite la diminuent²⁴. Enfin, on a également tenté de mesurer d'éventuels impacts de restructurations, d'évolutions dans l'activité des établissements : seul l'élargissement à de nouvelles activités au cours des quatre dernières années, à type, taille et spécialités données, augmente la probabilité de déclarer un impact fort ou très fort de la T2A, les restructurations et partenariats n'étant pas significatifs. Au sein du secteur public, la présence des spécialités ne joue aucun rôle. Seul l'élargissement à de nouvelles activités est positivement corrélé à un impact fort ou très fort de la T2A (au seuil de 10 %). Dans le privé, les grands établissements non lucratifs ont donc une plus forte probabilité d'impact fort ou très fort de la T2A, mais la présence d'un service d'urgence diminue la probabilité de cet impact ainsi que l'existence de lits en soins de suite ou des transferts d'activités vers d'autres établissements. Les raisons de cet amoindrissement de l'impact sont différentes selon les cas.

²⁴ Cependant, l'obstétrique est à la limite de la significativité (seuil de 10 %). Lorsque le seuil n'est que de 10 %, il est mentionné dans le texte.

Ainsi l'existence d'un service d'urgence joue un rôle favorable car elle est source d'activité pour les établissements tandis que l'existence de soins de suite vient diversifier les sources de financement puis qu'ils ne sont pas financés par la T2A. A contrario l'absence de ces activités correspond à des établissements très spécialisés où l'impact de la T2A peut être fort ou très fort²⁵. Nous verrons d'ailleurs ultérieurement que l'absence de soins de suite va de pair avec des difficultés budgétaires (tableau 6).

Tableau 3 - Probabilité que l'impact de l'introduction de la T2A soit fort ou très fort
Modèle logistique

		Variable expliquée : impact de la T2A sur l'activité fort ou très fort	impact de la T2A sur l'activité fort ou très fort dans le secteur public	impact de la T2A sur l'activité fort ou très fort dans le secteur privé
Type*taille	Public, 800 et plus	1.90**	Ns	
	Public, moins de 800	1.42**	Ref.	
	Privé non lucratif 300 et plus	2.23***		2.32**
	Privé non lucratif moins de 300	ns		ns
	Privé lucratif , 200 et plus	Ref.		Ref
	Privé lucratif moins de 200	ns		ns
Spécialités	Urgences	ns	ns	-1.06**
	Chirurgie haut	ns	ns	ns
	Chirurgie bas ¹	Ref.	Ref	Ref
	Pas de chirurgie	ns	ns	ns
	Obstétrique haut	ns	ns	ns
	Obstétrique bas ¹	Ref.	Ref	Ref
	Pas d'obstétrique	-0.86*	ns	ns
	psychiatrie	ns		
	Soins de suite haut	ns		-1.52** (pas de distinction bas/haut)
	Soins de suite bas	Ref	Ref	Ref
Pas de soins de suite	1.00**			
Évolution0 de l'activité entre 2003 et 2007	Longue durée	ns		
	Transferts d'activité vers d'autres établissements	ns	ns	-1.31***
	Suppression d'activités	ns	ns	ns
	Fusion avec un autre établissement	ns	ns	ns
	Développement de l'ambulatorio	ns	ns	ns
	Développement d'activités transversales	ns	ns	ns
Élargissement à d'autres activités ou spécialités	0.64**	0.66*	ns	

¹ref : chirurgie (obstétrique) bas = parmi les établissements ayant cette spécialité, proportion d'admissions pour chirurgie (obstétrique) sur le total des admissions inférieure à la médiane.

* significatif au seuil de 10 % ; ** au seuil de 5 % et *** au seuil de 1 %.

Dans le privé, les séjours de longue durée et la psychiatrie sont quasi-inexistants dans l'échantillon et n'ont donc pas été introduits dans le modèle (ainsi que dans les modèles suivants) ; et on n'a pas distingué les soins de suite selon leur importance dans l'établissement (haut et bas).

Lecture : À spécialité et évolution de l'activité données, la probabilité que l'impact de la T2A soit fort ou très fort est significativement plus important dans les grands établissements du privé non lucratif et dans les établissements publics par rapport aux grands établissements du privé lucratif (en référence), alors que la différence n'est pas significative pour les petits établissements privés.

Champ : France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). N=629. Données non pondérées.

Sources : Enquête statistique publique COI-H 2007, CEE et DREES.

²⁵ « Les études réalisées par la DREES et par l'ATIH témoignent d'une spécialisation plus marquée des établissements privés, notamment vers les activités de chirurgie, alors que les établissements publics apparaissent plus généralistes » (Blanchard, Pichetti, Raynaud, 2009, Second rapport d'activité du comité d'évaluation de la T2A, DREES, document de travail, série études et recherches, n°94, septembre).

Enfin, notons que l'impact de la T2A est davantage considéré comme fort ou très fort dans les établissements qui ont ressenti des difficultés dans son introduction (tableau 4) : sans doute peut-on alors interpréter l'importance de l'impact comme un bouleversement qui s'accompagne de difficultés, que celles-ci soient provoquées ou révélées par la mise en œuvre de la T2A.

Tableau 4 - Impact fort ou très fort de l'introduction de la T2A selon le degré des difficultés d'application (en %)

Impact de la T2A (Q3_1)	Objectifs insuffisamment définis		Contradictions des missions		Difficultés budgétaires		Moyens humains insuffisants		Difficultés d'adaptation		Problèmes techniques		Conflits internes		Conflits externes		Ens.
	fort ou très fort	Nul ou faible	fort ou très fort	Nul ou faible	fort ou très fort	Nul ou faible	fort ou très fort	Nul ou faible	fort ou très fort	Nul ou faible	fort ou très fort	Nul ou faible	fort ou très fort	Nul ou faible	fort ou très fort	Nul ou faible	
Fort ou très fort	93	86	94	85	93	81	91	86	92	84	91	84	96	88	92	87	88

Lecture : (1ère colonne) 93 % des établissements qui déclarent que l'introduction de la T2A a été fortement ou très fortement perturbée par des objectifs insuffisamment définis, déclarent par ailleurs que l'application de la T2A a un impact fort ou très fort sur l'activité de l'établissement.

Champ : France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). N=629. Données pondérées.

Sources : Enquête statistique publique COI-H 2007, CEE et DREES.

L'introduction de la T2A surtout perturbée dans les grands établissements publics et du non-lucratif et dans ceux qui ont un service d'urgence et des activités en chirurgie

Des perturbations plus fortes sont déclarées dans les grands établissements du public et dans le privé non lucratif (quelle que soit la taille), que dans les petits établissements du public ou les établissements du privé lucratif (tableau 5). De plus, les difficultés déclarées ne sont pas les mêmes selon le type d'établissement : les dirigeants des établissements publics éprouvent nettement plus des contradictions de l'application de la T2A avec certaines missions de leur établissement, des moyens humains insuffisants et des difficultés d'adaptation des salariés voire des difficultés techniques à partir de 800 salariés. Les établissements privés non lucratifs sont confrontés d'abord à des difficultés budgétaires, des moyens humains insuffisants et des conflits avec l'extérieur pour les plus grands d'entre eux et à des problèmes techniques pour les plus petits. Enfin, les établissements du privé lucratif, déclarant globalement moins de perturbations notamment celles liées aux moyens humains, se distinguent néanmoins par leur réponse sur les difficultés budgétaires (pour les plus petits d'entre eux) et les conflits avec l'extérieur.

Tableau 5 - Proportion d'établissements déclarant que l'introduction de la T2A a été perturbée par des difficultés fortes ou très fortes selon le type de difficultés et le statut et la taille de l'établissement (%)

Introduction de la T2A perturbée par des difficultés fortes ou très fortes (Q36)	Public, 800 et plus	Public, moins de 800	Non lucratif 300 et plus	Privé non lucratif moins de 300	Lucratif, 200 et plus	Lucratif, moins de 200	Total
Q36_1. Objectifs insuffisamment définis ou déclinés	28	32	27	24	31	28	29
Q36_2. contradiction avec certaines missions de l'établissement	44	37	33	23	24	22	30
Q36_3 difficultés budgétaires	54	51	67	56	55	65	58
Q36_4 moyens humains insuffisants	50	48	53	48	30	22	38
Q36_5 difficulté d'adaptation par les salariés	59	49	45	44	40	43	47
Q36_6 problèmes techniques	66	52	56	62	54	50	55
Q36_7 conflit interne	8	9	3	0	4	1	5
Q36_8 conflit avec l'extérieur	5	7	19	1	18	19	12

Lecture : (1ère colonne) 28 % des établissements publics d'au moins 800 salariés déclarent que l'introduction de la T2A a été fortement ou très fortement perturbée par des objectifs insuffisamment définis ou déclinés.

Champ : France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). N=629. Données pondérées.

Sources : Enquête statistique publique COI-H 2007, CEE et DREES.

Les établissements se différencient aussi selon les spécialités, chacune d'entre elles étant confrontée à des problèmes spécifiques. À examiner le tableau 6, on aurait tendance à déduire les interprétations suivantes concernant les difficultés liées à l'introduction de la T2A : ceux qui ont un service d'urgence considèrent davantage que les autres que cette introduction a été perturbée par des objectifs mal définis, des moyens humains insuffisants et des problèmes techniques, ; avoir un nombre d'entrées important en chirurgie suscite davantage, pour appliquer la T2A, de problèmes budgétaires et de conflits avec l'extérieur ; l'obstétrique va également avec des difficultés budgétaires, mais aussi des moyens humains insuffisants, et (surtout lorsque que cette spécialité ne représente qu'une petite partie des hospitalisations) des difficultés d'adaptation des salariés et des contradictions entre les missions ; la psychiatrie a connu davantage de problèmes techniques et de difficultés d'adaptation des salariés lors de cette introduction tandis que l'absence de soins de suite est allée de pair avec des difficultés budgétaires et que la présence d'un service de lits de longue durée a révélé des problèmes de moyens humains insuffisants. De nouveau, on repère que les établissements sans chirurgie (et dans une moindre mesure sans service d'urgence) sont ceux qui déclarent le moins de difficultés venant perturber l'introduction de la T2A.

Tableau 6 - Proportion d'établissements déclarant que l'introduction de la T2A a été perturbée par des difficultés fortes ou très fortes selon le type de difficultés et la spécialité (en %)

Perturbations fortes ou très fortes de l'introduction de la T2A (Q36)	Spécialité															Total
	Urgences		Chirurgie			Obstétrique			Psy-chiatrie		Soins de suite			Longue durée		
	oui	no n	haut	bas	non	haut	bas	non	oui	non	haut	bas	non	oui	non	
Objectifs insuffisamment définis ou déclinés	34	25	31	28	22	30	32	27	21	30	24	27	31	29	29	29
Contradiction avec certaines missions de l'établissement	40	22	30	37	20	31	46	24	36	29	27	41	28	42	25	30
Difficultés budgétaires	59	57	65	55	40	64	56	56	50	59	43	56	65	53	60	58
Moyens humains insuffisants	49	29	37	45	31	47	44	32	46	37	43	46	33	48	34	38
Difficulté d'adaptation par les salariés	53	42	46	55	37	51	55	42	56	45	44	57	45	54	44	47
Problèmes techniques	63	49	59	62	35	58	61	52	64	54	52	58	56	61	53	55
Conflit interne	8	2	4	7	4	4	8	4	7	4	6	9	3	9	3	5
Conflit avec l'extérieur	10	14	18	7	1	12	11	13	8	13	3	7	17	7	14	12

Lecture : (1ère colonne) 34 % des établissements ayant un service d'urgence déclarent que l'introduction de la T2A a été fortement ou très fortement perturbée par des objectifs insuffisamment définis ou déclinés (contre 25 % seulement pour ceux n'ayant pas un service d'urgence).

Champ : France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). N=629. Données pondérées.

Sources : Enquête statistique publique COI-H 2007, CEE et DREES.

Cependant, les établissements peuvent avoir développé différentes spécialités, et celles-ci ne sont pas uniformément réparties selon le type et la taille des établissements. Un modèle « *toutes choses égales par ailleurs* » (tableau 7) permet de mettre en évidence ces interactions. Outre les spécialités, on a intégré dans les modèles des variables concernant l'environnement des établissements (évolution de la population accueillie, évolution des attentes des patients et familles – en matière d'information, de qualité ou de risques –, contexte de la concurrence locale, montée de l'isolement ou appauvrissement de la population environnante) ainsi que des indications sur les partenariats noués par les hôpitaux (structures de coopération, ville-hôpital). « *Toutes choses égales par ailleurs* », les types d'établissements ne se différencient pas significativement par le fait que l'introduction de la T2A ait été ou non perturbée fortement ou très fortement par des difficultés budgétaires. Seul, le fait de déclarer une concurrence locale avec d'autres établissements affectant fortement ou très fortement l'activité augmente (dans le secteur public) la probabilité de difficultés budgétaires perturbant l'introduction de la T2A (au seuil de 10 %). En revanche, des moyens humains insuffisants (ou « des difficultés de gestion du personnel (absentéisme, turn-over, ...) ») perturbant l'introduction de la T2A) sont davantage considérés comme une difficulté lors de l'introduction de la T2A tant par les établissements publics que ceux du secteur non lucratif, en comparaison du privé lucratif, quelle que soit la spécialité. Et à statut et environnement donnés²⁶, avoir beaucoup d'entrées en chirurgie (seulement dans le privé), beaucoup en obstétrique (dans le public au seuil de 10 %), ou en soins de suite (dans le public au seuil de 10 %), augmente la probabilité de déclarer des moyens humains insuffisants. Enfin, les évolutions de la population accueillie affectant fortement ou très fortement l'activité

²⁶ L'ajout des variables sur l'environnement et les partenariats ne change que très marginalement les coefficients associés aux autres variables endogènes. C'est vrai de tous les modèles présentés dans cette note, intégrant ces variables.

de l'établissement semblent généralement favorables, elles diminuent la probabilité que des moyens humains insuffisants perturbent l'introduction de la T2A (au seuil de 10 %).

Tableau 7 - Introduction de la T2A perturbée fortement ou très fortement par des difficultés budgétaires et des moyens humains insuffisants (Modèle logistique)

		Introduction de la T2A perturbée fortement ou très fortement par des difficultés budgétaires ²⁷	Introduction de la T2A perturbée fortement ou très fortement par des moyens humains insuffisants	T2A perturbée par moyens humains Secteur public	T2A perturbée par moyens humains Secteur privé
Type* taille	Public, 800 et +	ns	1.34***	ns	
	Public, - de 800	ns	1.12***	Ref.	
	Privé non lucratif 300 et +	ns	1.40***		1.85***
	Privé non lucratif - de 300	ns	1.15**		1.39**
	Privé lucratif , 200 et +	Ref.	Ref.		Ref.
	Privé lucratif - de 200	ns	ns		ns
Spécialités	Urgences	ns	ns	ns	ns
	Chirurgie haut	ns	0.53**	ns	1,85***
	Chirurgie bas ¹	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Pas de chirurgie	ns	ns	ns	ns
	Obstétrique haut	ns	0.41*	0.45*	ns
	Obstétrique bas ¹	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Pas d'obstétrique	ns	ns	ns	ns
	psychiatrie	ns	ns	ns	ns
Soins de suite haut	Soins de suite haut	ns	0.52*	0.53*	ns (pas distinction haut-bas)
	Soins de suite bas	Ref	Ref	Ref.	
	Pas de Soins de suite	ns	ns	ns	Ref
Longue durée	Ref.	Ref.	ns		
Environnement	population	ns	-0.42*	-0.48*	ns
	attentes	ns	ns	ns	ns
	concurrence	0.33*	ns	ns	ns
	isolement	ns	ns	ns	ns
	appauvrissement	ns	ns	ns	ns
	incivilités	ns	ns	ns	ns
Partenariats	Structure coopération	ns	ns	ns	ns
	Réseau ville-hopital	ns	ns	ns	ns

¹ref : chirurgie (obstétrique) bas = parmi les établissements ayant cette spécialité, proportion d'admissions pour chirurgie (obstétrique) sur le total des admissions inférieure à la médiane.

* significatif au seuil de 10 % ; ** au seuil de 5 % et *** au seuil de 1 %.

Lecture : (1ère colonne) à spécialités données, la probabilité que l'introduction de la T2A ait été perturbée fortement ou très fortement par des difficultés budgétaires n'est pas significativement différente dans les grands établissements du privé lucratif (en référence) et les autres types et tailles d'établissement. Par ailleurs, à type, taille, et spécialités données, répondre que la concurrence avec d'autres établissements a affecté fortement ou très fortement depuis 2003 l'activité de l'établissement augmente significativement la probabilité que l'introduction de la T2A ait été perturbée fortement ou très fortement par des difficultés budgétaires.

Champ : France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). N=629. Données non pondérées.

Sources : Enquête statistique publique COI-H 2007, CEE et DREES.

²⁷ Dans le seul secteur privé, aucune des variables endogènes ne ressort significativement : les difficultés budgétaires ne semblent pas caractériser plus ou moins le non lucratif ou le lucratif, les grands ou les petits établissements, les spécialités, l'environnement... Dans le secteur public, l'évolution des attentes des patients et de leur famille (0.42*) et la concurrence locale (0.47**) augmentent significativement la probabilité que l'introduction de la T2A ait été perturbée fortement ou très fortement par des difficultés budgétaires.

Y a-t-il des catégories d'établissement qui cumulent, plus que d'autres, toutes ces difficultés ? La construction d'un score de difficultés par simple sommation des réponses « fort » ou « très fort » aux 8 questions sur les difficultés qui sont venues perturber l'introduction de la T2A permet de calculer un nombre moyen de difficultés selon la catégorie d'établissements (tableau 8). Ce sont les grands établissements du public puis ceux du secteur privé non lucratif qui en cumulent le plus ; le fait d'avoir des urgences, et un peu de chirurgie ou d'obstétrique, va aussi de pair avec un plus grand cumul des difficultés (notons que moins de difficultés sont déclarées lorsque l'établissement a une activité importante en chirurgie ou en obstétrique, ce qui peut rendre compte d'un effet d'échelle). Déclarer une montée de l'isolement des usagers ou des incivilités au sein de l'établissement augmente aussi le score moyen.

« *Toutes choses égales par ailleurs* », à spécialités et environnement donnés (tableau 8 - 2ème colonne), le privé non lucratif et le public s'opposent au secteur privé lucratif qui, quelle que soit la taille, déclare avoir rencontré moins de difficultés lors de l'introduction de la T2A. Les écarts entre public et non lucratif, et, en leur sein, entre petits et grands établissements sont peu importants. À statut et taille donnés, des activités en chirurgie, mais aussi l'absence d'activité en psychiatrie augmentent la probabilité de cumul de difficultés. Dans le seul secteur privé, lorsque la chirurgie représente une grande partie de l'activité la probabilité de cumul des difficultés perturbant l'introduction de la T2A augmente, tandis que l'existence d'activités de soins de suite semble plutôt favorable car elle diversifie les sources de financement. La déclaration d'incivilités, vols ou dégradation est également associée au cumul des difficultés, de même que l'isolement de certains patients (au seuil de 10 %). Au sein du seul secteur public, la psychiatrie semble plutôt diminuer la probabilité d'un cumul de difficultés dans l'introduction de la T2A (au seuil de 10 %), de même que la déclaration d'une évolution de la population accueillie ayant affecté l'activité de l'établissement.

**Tableau 8 - Cumul des difficultés perturbant l'introduction de la T2A
(score moyen et modèles logistique)**

		Score moyen de difficultés rencontrées lors de l'introduction de la T2A selon le statut, la taille et la spécialité	Cumul de difficultés perturbant fortement ou très fortement l'introduction de la T2A	Cumul de difficultés perturbant l'introduction de la T2A secteur public	Cumul de difficultés perturbant l'introduction de la T2A secteur privé
Type* taille	Public, 800 et plus	3.13	0.86**	ns	
	Public, moins de 800	2.86	0.76**	Ref.	
	Privé non lucratif 300 et plus	3.04	0.64*		0.98**
	Privé non lucratif moins de 300	2.59	0.73*		1.06**
	Privé lucratif, 200 et plus	2.55	Ref.		Ref.
	Privé lucratif moins de 200	2.51	ns		ns
Spécialités	Urgences	3.15	ns	ns	ns
	Pas d'urgence	2.40	Ref.	Ref.	Ref.
	Chirurgie haut	2.90	ns	ns	0.95**
	Chirurgie bas ¹	2.96	Ref.	Ref.	Ref.
	Pas de chirurgie	1.90	-0.68**		ns
	Obstétrique haut	2.97	ns	ns	ns
	Obstétrique bas ¹	3.13	Ref.	Ref.	Ref.
	Pas d'obstétrique	2.50	ns		ns
	psychiatrie	2.88	-0.44**	-0.41*	
	Pas psychiatrie	2.71	Ref.	Ref.	
	Soins de suite haut	2.42	ns	ns	-0.87** (pas de distinction haut-bas)
	Soins de suite bas	3.00	Ref.	Ref.	Ref.
Pas de Soins de suite	2.79	ns	ns	Ref.	
Longue durée	3.03	Ref.	Ref.		
Pas longue durée	2.62	ns	ns		
Population accueillie	Affecte fortement	2.82	ns	-0.49**	ns
	faiblement	2.71	Ref.	Ref.	Ref.
Attente patients	Affecte fortement	2.82	ns	ns	ns
	faiblement	2.62	Ref.	Ref.	Ref.
concurrence	Affecte fortement	2.96	ns	ns	ns
	faiblement	2.59	Ref.	Ref.	Ref.
Isolement usagers	Affecte fortement	3.23	0.37*	ns	0.81**
	faiblement	2.61	Ref.	Ref.	Ref.
Appauvrissement	Affecte fortement	3.01	ns	ns	ns
	faiblement	2.61	Ref.	Ref.	Ref.
Incivilités	Affecte fortement	3.30	0.39**	ns	0.74**
	faiblement	2.52	Ref.	Ref.	Ref.
Partenariats	Structure coopération	2.82	ns	ns	ns
	Pas de structure	2.63	Ref.	Ref.	Ref.
	Réseau ville-hopital	2.80	ns	ns	ns
	Pas de réseau	2.67	Ref.	Ref.	Ref.

¹ref : chirurgie (obstétrique) bas = parmi les établissements ayant cette spécialité, proportion d'admissions pour chirurgie (obstétrique) sur le total des admissions inférieure à la médiane.

* significatif au seuil de 10 % ; ** au seuil de 5 % et *** au seuil de 1 %.

Lecture : 1ère col. : Le score moyen de perturbation de la T2A, c'est-à-dire le nombre moyen de difficultés fortes ou très fortes rencontrées lors de son introduction, est de 3,13 dans les établissements publics de 800 salariés et plus. 2ème col. : à spécialités données, la probabilité d'avoir un score de difficultés T2A élevé est significativement plus importante dans les tous les établissements du privé non lucratif et du public, par rapport aux grands établissements du privé lucratif (en référence), et la différence n'est pas significative pour les petits établissements privés lucratifs. À type, taille, et autres spécialités donnés, l'absence de chirurgie et l'existence de psychiatrie diminuent significativement cette probabilité.

Champ : France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). N=663. Données pondérées (col 1) et non pondérées (col 2).

Sources : Enquête statistique publique COI-H 2007, CEE et DREES.

Le cumul des difficultés budgétaires : un service d'urgence, beaucoup d'entrées en obstétrique, une forte concurrence locale ...

Au-delà de l'application de la T2A, certains établissements rencontrent davantage de difficultés budgétaires que d'autres. Pour tenter de repérer ces différences, on construit un score de difficultés budgétaire à partir de 3 questions : importance stratégique très forte de l'amélioration de la gestion financière, de la réduction des charges et coûts et difficultés budgétaires de la T2A fortes ou très fortes. Les établissements non lucratifs de grande taille ont le score de difficulté le plus élevé (tableau 9).

Tableau 9 - Score moyen de difficultés budgétaires selon le statut et la taille

Public, 800 et plus	1,55
Public, moins de 800	1,44
Privé non lucratif 300 et plus	1,70
Privé non lucratif moins de 300	1,41
Privé lucratif , 200 et plus	1,44
Privé lucratif moins de 200	1,51

Lecture : parmi trois difficultés budgétaires recensées, les établissements du public de 800 salariés et plus ont un score moyen de 1,55.

Champ : France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). N=663. Données pondérées.

Sources : Enquête statistique publique COI-H 2007, CEE et DREES.

Cependant, une modélisation de ce score en fonction des catégories d'établissement, des spécialités et des caractéristiques de l'environnement montre que ce sont ces dernières qui jouent sur le cumul des difficultés budgétaires. Sans tenir compte de l'environnement, ce sont les grands établissements du privé non lucratif qui ont la plus grande probabilité de cumul de difficultés budgétaires qui vont également de pair avec une proportion élevée d'hospitalisation en obstétrique (tableau 10, modèle 1). Cependant, l'environnement des établissements semble avoir aussi un lien significatif avec les difficultés budgétaires : les déclarations d'une concurrence locale forte, et d'évolution des attentes des patients et des familles ayant affecté l'établissement au cours des quatre dernières années augmentent significativement la probabilité de cumul des difficultés budgétaires (tableau 10, modèle 2). Mais ce sont alors plutôt les petits établissements lucratifs qui déclarent plus de difficultés budgétaires. C'est la première fois qu'on rencontre une telle sensibilité des résultats à l'ajout des variables d'environnement : d'un côté les petits établissements lucratifs ont sans doute une stratégie de niche car ils se déclarent peu en concurrence forte ou très forte (27 %) contrairement aux grands établissements non lucratifs (63 %), de l'autre une telle concurrence est fortement corrélée avec un score de difficulté budgétaire élevé (score moyen de 1,8 contre 1,5 pour l'ensemble de l'échantillon). Si bien qu'à même situation de concurrence (la fiction du « *toute chose égale par ailleurs* »), les petits établissements du privé lucratif n'ont pas moins de difficultés budgétaires que les grands non lucratifs. On pourrait donc en déduire que c'est en raison de la concurrence que les grands établissements lucratifs ont davantage de difficultés budgétaires – sans oublier qu'il s'agit ici de déclarations qualitatives tant pour la concurrence que pour les difficultés budgétaires. Dans le seul secteur public beaucoup d'entrées en obstétrique, une évolution de l'attente des patients et de leur famille (en termes d'information, de qualité de l'accueil...) et également la concurrence locale augmentent la probabilité d'un cumul des difficultés budgétaires. Dans le privé, elle augmente avec l'inscription dans un réseau ville-hôpital ainsi qu'avec l'appauvrissement de la population environnante (au seuil de 10 %).

**Tableau 10 - Cumul des difficultés budgétaires
Modèle logistique**

		Cumul des difficultés budgétaires		public		privé	
		Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5	Modèle 6
Type * taille	Public, 800 et plus	ns	ns	ns	ns		
	Public, moins de 800	ns	ns	ns	ns		
	Privé non lucratif 300 et plus	0.68**	ns			0.79**	ns
	Privé non lucratif moins de 300	ns	ns			ns	ns
	Privé lucratif, 200 et plus	ref	ref			ns	ns
	Privé lucratif moins de 200	ns	0.64**			ns	ns
spécialité	Urgences	ns	ns	ns	ns	ns	ns
	Chirurgie haut ¹	0.39*	ns	ns	ns	ns	ns
	Pas de chirurgie ¹	ns	ns	ns	ns	ns	ns
	Obstétrique haut ¹	0.40**	0.35*	0.54**	0.43*	ns	ns
	Pas d'obstétrique ¹	ns	ns	ns	ns	ns	ns
environnement	population					ns	ns
	attentes					0.46***	0.69***
	concurrence					0.64***	0.63***
	isolement					ns	ns
	appauvrissement					ns	0.55*
	incivilités					ns	ns
partenariat	Structures de coopération					ns	ns
	Réseau ville-hôpital					ns	0.54**

¹la référence non indiquée dans le tableau est la chirurgie (obstétrique) bas = parmi les établissements ayant cette spécialité, proportion d'admissions pour chirurgie (obstétrique) sur le total des admissions inférieure à la médiane.

* significatif au seuil de 10 % ; ** au seuil de 5 % et *** au seuil de 1 %.

Lecture : modèle 1 : à spécialités données, la probabilité de cumul de difficultés budgétaires est significativement supérieure dans les grands établissements privés non lucratifs, au seuil de 5 %, que dans les grands établissements du privé lucratif en référence. À type, taille, autres spécialités et environnement donnés, avoir beaucoup de chirurgie ou d'obstétrique est significatif au seuil de 10 % et 5 %. Dans le modèle 2, ce sont les petits du privé lucratifs qui ont une probabilité supérieure, et les attentes des patients et la concurrence locale au seuil de 1 %.

Champ : France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). N=629. Données non pondérées.

Sources : Enquête statistique publique COI-H 2007, CEE et DREES

On trouve, dans la post-enquête des cas permettant de mieux comprendre que de nombreuses entrées en obstétrique augmentent les difficultés budgétaires : des hôpitaux (publics) ont du absorber des petites maternités en difficulté, ce qui a pu produire un déséquilibre financier durable.

Le cumul des difficultés de ressources humaines : le privé non lucratif, les grands du public, les services d'urgences et une population environnante qui s'appauvrit. Mais les difficultés rencontrées par les uns et les autres ne sont pas les mêmes.

Le privé lucratif déclare moins de difficultés de recrutement de médecins, et a moins rencontré de perturbations liées à des moyens humains insuffisants lors de l'introduction de la T2A, tandis que le public est moins en difficulté pour le recrutement des infirmières (tableau 11). Le non lucratif a tendance à cumuler toutes les difficultés, notamment de recrutement de médecins (surtout les grands établissements) d'infirmières (surtout les plus petits) et des difficultés d'application de la T2A liées aux moyens humains (surtout les grands). Mais en revanche l'application de la T2A est plus perturbée par des difficultés d'adaptation du personnel dans les grands établissements du public.

Tableau 11 - Proportion d'établissements déclarant que les difficultés sont fortes ou très fortes selon le statut et la taille (en %)

Difficultés de gestion des ressources humaines	Public, 800 et plus	Public, moins de 800	Non lucratif 300 et plus	Privé non lucratif moins de 300	Lucratif, 200 et plus	Lucratif, moins de 200	Total
Q26_6. Recours à l'intérim	70	76	91	89	84	75	77
Q27_1. Difficultés fortes ou très fortes de recrutement médecins	64	72	71	66	63	55	62
Q27_2 difficultés fortes ou très fortes de recrutement infirmières	49	51	64	81	71	64	61
Q27_3 difficultés fortes ou très fortes de recrutements informaticiens	16	12	16	6	5	6	9
Q36_4 T2A fortement ou très fortement perturbée par des moyens humains insuffisants	50	48	53	48	30	22	38
Q36_5 T2A fortement ou très fortement perturbée par des difficultés d'adaptation, d'appropriation ou d'utilisation par les salariés	59	49	45	44	40	43	47

Lecture : 1ère col. : 70 % des établissements publics de 800 salariés et plus déclarent avoir recours à l'intérim (contre 77 % en moyenne, dernière col.), et 64 % (contre 62 %) avoir de fortes ou très fortes difficultés pour recruter du personnel médical (y.c. sages-femmes).

Champ : France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). N=629. Données pondérées.

Sources : Enquête statistique publique COI-H 2007, CEE et DREES.

Au total, en cumulant ces indicateurs de difficultés en ce qui concerne les ressources humaines, les établissements du secteur privé non lucratif semblent les plus affectés (tableau 12).

Tableau 12 - Score moyen de difficultés de ressources humaines selon le statut et la taille

Public, 800 et plus	3,01
Public, moins de 800	3,10
Privé non lucratif 300 et plus	3,44
Privé non lucratif moins de 300	3,25
Privé lucratif, 200 et plus	2,92
Privé lucratif moins de 200	2,67

Champ : France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). N=629. Données pondérées.

Sources : • Enquête statistique publique COI-H 2007, CEE et DREES.

Une modélisation tenant compte non seulement des spécialités mais aussi de l'environnement confirme les difficultés rencontrées par le secteur privé non lucratif, et met en évidence celles des établissements disposant d'un service d'urgence et dont l'environnement appauvri est lié à une moindre activité : c'est pour cela que les grands établissements du public apparaissent davantage en difficulté dans un simple tri croisé (tableau 13). Au sein du secteur public, on confirme que l'appauvrissement de la population environnante va de pair avec une probabilité de cumul des difficultés RH plus élevée, de même que l'existence d'un service d'urgences (au seuil de 10 %) tandis que l'insertion dans un réseau ville-hôpital semble plutôt protéger de ces difficultés (au seuil de 10 %). Au sein du secteur privé, ces difficultés sont donc significativement plus fortes dans le privé non lucratif, mais s'affaiblissent quand il n'y a pas d'obstétrique (au seuil de 10 %). En revanche, l'évolution des attentes des patients les augmentent ainsi que l'insertion dans un réseau ville-hôpital (seuil de 10 %) : sur ce dernier point, le signe opposé entre le public et le privé pourrait signifier soit des causalités inverses (dans le public, le réseau permet d'alléger les difficultés RH, alors que dans le privé, les

difficultés RH amènent à rejoindre un réseau) soit des gains différenciés, du point de vue RH, de l'inscription dans un réseau.

Tableau 13 - Cumul des difficultés de Ressources Humaines (Modèle logistique)

		Cumul des difficultés RH		public	privé
Type * taille	Public, 800 et plus	Ns	ns		
	Public, moins de 800	Ns	Ref.		
	Privé non lucratif 300 et plus	0.92***			1.27***
	Privé non lucratif moins de 300	0.69*			1.13**
	Privé lucratif , 200 et plus	Ref.			ns
	Privé lucratif moins de 200	Ns			ns
Spécialité	Urgences	0.41*	0,74*		ns
	Chirurgie haut ¹	ns	ns		ns
	Pas de chirurgie ¹	ns	ns		ns
	Obstétrique haut ¹	ns	ns		ns
	Pas d'obstétrique ¹	ns	ns		-0.82*
	Psychiatrie	ns	ns		
	Soins de suite haut		ns		
	Pas de soins de suite	ns	ns		ns
Environnement	Longue durée	ns	ns		
	Population	ns	ns		ns
	Attentes	ns	ns		0.68**
	Concurrence	ns	ns		ns
	Isolement	ns	ns		ns
	appauvrissement	0.33*	0.48**		ns
partenariat	incivilités	ns	ns		ns
	Structures de coopération	ns	ns		ns
	Réseau ville-hôpital	ns	-0.40*		0.49*

¹ref : chirurgie (obstétrique) bas = parmi les établissements ayant cette spécialité, proportion d'admissions pour chirurgie (obstétrique) sur le total des admissions inférieure à la médiane.

* significatif au seuil de 10 % ; ** au seuil de 5 % et *** au seuil de 1 %.

Lecture : À spécialités et environnement donnés, la probabilité que des difficultés de ressources humaines perturbent fortement ou très fortement la T2A est significativement plus élevée dans le secteur privé non lucratif que les grands établissements du privé lucratif (en référence), alors que le public n'est pas significativement différent. À type, taille, autres spécialités et environnement donnés, avoir des urgences et l'appauvrissement de la population environnante est significatif au seuil de 10 %.

Champ : France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). N=629. Données non pondérées.

Sources : Enquête statistique publique COI-H 2007, CEE et DREES.

Cumul des difficultés budgétaires et difficultés RH : surtout le privé non lucratif, en lien avec la concurrence, l'appauvrissement des populations et l'augmentation des attentes des usagers

Les difficultés budgétaires et dans le domaine des ressources humaines sont significativement corrélées, même lorsqu'on tient compte de la taille et du statut (tableau 14). Ainsi, une très forte importance accordée à l'amélioration de la gestion financière va de pair avec des perturbations lors d'introduction de la T2A liées à des difficultés d'adaptation des salariés ou des moyens humains insuffisants ainsi qu'avec le recours à l'intérim (tableau 15). Une très forte importance accordée à la réduction des charges et coûts s'associe surtout avec des perturbations liées à des difficultés d'adaptation des salariés lors d'introduction de la T2A. Lorsque l'introduction de la T2A est perturbée par des difficultés budgétaires, elle l'est également en raison de l'insuffisance des moyens humains et de difficultés d'adaptation des salariés (corrélation forte), ainsi qu'avec des difficultés de recrutement de personnel infirmier.

Au total, les différents indicateurs de difficultés budgétaires sont surtout corrélés avec deux difficultés rencontrées lors de l'introduction de la T2A : les difficultés d'adaptation, d'appropriation ou d'utilisation par les salariés suivies par l'insuffisance des moyens humains ou des difficultés de gestion du personnel (absentéisme..).

Tableau 14 - Corrélations entre les scores de difficultés budgétaires et de difficulté de Ressources Humaines (Coefficients de corrélation de Pearson)

Corrélation 1	Corrélation 2 type et taille contrôlés	Corrélation 3 Secteur public
0.25***	0.25***	0.26***

* significatif au seuil de 10 % ; ** au seuil de 5 % et *** au seuil de 1 %.

Lecture : 1er col. : le coefficient de corrélation au sens de Pearson ($\text{cov}(x,y)/\sqrt{\text{var}(x)\text{var}(y)}$) est positif de 0,25 et significatif au seuil de 1 %. Il ne baisse pas si on contrôle le type d'établissement et la taille. Il est à peine plus élevé dans le seul secteur public.

Champ : France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). N=629. Données non pondérées.

Sources : Enquête statistique publique COI-H 2007, CEE et DREES.

Tableau 15 - Corrélations entre différents indicateurs d'intensité de difficultés budgétaires et RH (Coefficients de corrélation de Pearson)

	Importance amélioration gestion financière très forte (Q_1_5)	Importance réduction coûts très forte (Q_2_7)	Difficultés budgétaires T2A forte ou très forte (Q_36_3)	Intérim (Q_26_6)	Diff. recrut. méd. fort très fort (Q_27_1)	Diff. recrut. soin fort très fort (Q_27_2)	Diff. recrut. info fort très fort (Q_27_3)	T2A Moyens humains insuff. (Q_36_4)	T2A Diff. adapt. salariés (Q_36_5)
importance amélioration gestion financière très forte (Q_1_5)	1.00	0.46***	0.14***	0.10**	0.07*	ns	0.07*	0.10**	0.13***
Importance réduction coûts très forte (Q_2_7)		1.00	0.09**	ns	ns	0.08*	ns	ns	0.11***
Difficultés budgétaires T2A forte ou très forte (Q_36_3)			1.00	ns	ns	0.10**	ns	0.28***	0.25***

* significatif au seuil de 10 % ; ** au seuil de 5 % et *** au seuil de 1 %.

Lecture : Le recours à l'intérim est positivement corrélé (0,10) avec une importance très forte accordée à l'amélioration de la gestion financière, cette corrélation est significative au seuil de 5 %.

Champ : France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). N=629. Données non pondérées.

Sources : Enquête statistique publique COI-H 2007, CEE et DREES.

Les établissements qui cumulent un score de difficultés budgétaires d'au moins 2 (sur 3 difficultés possible : 2 est la médiane) et un score de difficultés RH d'au moins 3 (sur 8 possibles : 3 est la médiane) se répartissent comme suit : on trouve davantage

d'établissements privés non lucratifs (quelle que soit la taille) et moins de privé lucratif ; et davantage d'établissements avec des urgences et de la chirurgie. Lorsque tous ces facteurs sont pris en compte dans une régression logistique, cela reste vrai (établissements non lucratifs, chirurgie) mais les urgences n'apparaissent plus significatives (tableau 16). En intégrant des indicatrices de l'environnement des établissements, la chirurgie n'est plus significative, alors que l'augmentation des attentes des patients et la précarisation ou appauvrissement de la population environnante augmentent la probabilité de cumul des difficultés budgétaires et RH ainsi qu'un contexte de concurrence locale (au seuil de 10 %). Au sein du seul secteur public, les spécialités et la taille ne jouent pas mais la concurrence a un impact significatif, alors que l'inscription dans un réseau ville-hôpital semble diminuer la probabilité de cumul des difficultés (au seuil de 10 %). Dans le secteur privé seul, la présence d'obstétrique, l'appauvrissement de la population environnante et l'inscription dans un réseau ville-hôpital augmentent significativement la probabilité de cumul des difficultés, au point de faire disparaître la significativité des établissements non lucratifs.

**Tableau 16 - Cumul des difficultés budgétaires et Ressources Humaines
(Modèle logistique)**

		Modèle 1	Modèle 2	Modèle 328 champ : public	Modèle 4 champ : privé	Modèle 5 champ : privé
Type*taille	Public, 800 et plus	ns	ns	Ref.		
	Public, moins de 800	ns	ns	ns		
	Privé non lucratif 300 et plus	0.83**	0.71*		0.93**	Ns
	Privé non lucratif moins de 300	0.81*	ns		0.95*	Ns
	Privé lucratif, 200 et plus	Ref.	Ref.		Ref.	Ref.
	Privé lucratif moins de 200	ns	ns		ns	Ns
Spécialité	Urgences	ns	ns	ns	ns	Ns
	Chirurgie haut ¹	0.49**	ns	ns	ns	Ns
	Pas de chirurgie ¹	ns	ns	ns	ns	Ns
	Obstétrique haut ¹	ns	ns	ns	ns	Ns
	Pas d'obstétrique ¹	ns	ns	ns	-0.94*	-1.27**
	Psychiatrie	ns	ns	ns		
	Soins de suite haut	ns	ns	ns		
	Pas de soins de suite	ns	ns	ns		Ns
	Longue durée	ns	ns	ns		
Environnement	Population		ns	ns		Ns
	Attentes		0.40**	0.42*		Ns
	Concurrence		0.45*	0.47**		Ns
	Isolement		ns	ns		Ns
	Appauvrissement		0.46**	ns		0.79**
	Incivilités		ns	ns		Ns
partenariat	Structures de coopération		ns	ns		Ns
	Réseau ville-hôpital		ns	-0.41*		0.85***

¹ref : chirurgie (obstétrique) bas = parmi les établissements ayant cette spécialité, proportion d'admissions pour chirurgie (obstétrique) sur le total des admissions inférieure à la médiane.

* significatif au seuil de 10 % ; ** au seuil de 5 % et *** au seuil de 1 %.

Lecture : À spécialités et environnement données, la probabilité d'un cumul des difficultés budgétaires et RH est significativement au seuil de 10 % plus élevée dans le secteur privé non lucratif que les grands établissements du privé lucratif (en référence), alors que le public n'est pas significativement différent. À type, taille, autres spécialités et environnement donnés, aucune spécialité n'est corrélée au cumul des difficultés, alors que les attentes des patients, la concurrence et l'appauvrissement de la population environnante élèvent la probabilité de cumul.

Champ : Modèle 1 : France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). N=629. Modèle 2 : restreint au secteur public, N= 419. Modèle 3 restreint au secteur privé, N= 244. Données non pondérées.

Sources : Enquête statistique publique COI-H 2007, CEE et DREES.

Conclusion

Au total, cette exploration descriptive des résultats de l'enquête COI-H sur le lien entre la mise en place de la T2A dans les hôpitaux et la gestion des ressources humaines, que nous avons élargi aux indicateurs de difficultés budgétaires, met en évidence des éléments de constat que la post-enquête est venue confirmer ou nuancer.

²⁸ Le modèle n'intégrant pas de variable d'environnement n'est pas présenté : aucune des variables de spécialité ni de taille ne sont significatives au sein du secteur public.

Tout d'abord, les établissements privés non lucratifs sont ceux qui, de façon assez nette, paraissent à la fois être les plus impactés par la T2A et avoir rencontré le plus de difficultés lors de son introduction, au contraire des établissements privés lucratifs qui semblent davantage épargnés. Nous avons vérifié que ces résultats sont robustes lorsqu'on isole les centres de lutte contre le cancer, qui ont un profil particulier. La post-enquête ne fournit pas d'explication à cette position du secteur non lucratif, car les établissements rencontrés sont les « bons élèves » du secteur. Nous avons là une conséquence de la sélection opérée par les modalités de contact avec les directions d'établissements, qui ont permis de réaliser les interviews. Cela invite à interpréter les résultats de la post-enquête en tenant compte du biais introduit par un mode de sélection qui conduit plutôt à privilégier des directions d'hôpitaux fortement impliquées dans les réformes.

Dans le public, les grands établissements semblent nettement plus concernés que les plus petits par la T2A et les perturbations liées à son introduction, et par diverses difficultés concernant les ressources humaines ou le budget. Ce sont en particulier les grands établissements du secteur public comme du secteur privé non lucratif qui déclarent le plus que l'application de la T2A est très fortement perturbée par des moyens humains insuffisants. La post-enquête permet de nuancer ce résultat en introduisant la question des alliances et partenariats dans l'analyse des difficultés : les petits établissements publics qui sont intégrés dans des alliances au sein de leur bassin, par exemple avec le CHU, les positionnant de manière complémentaire et permettant une gestion cohérente de la patientèle plutôt qu'une mise en concurrence peuvent bien s'en sortir, pourvus également qu'ils soient « bien » spécialisés, par exemple parce qu'ils auront fermé leur maternité. L'introduction d'une forme de partenariat dans le modèle, les réseaux ville-hôpital, pourrait confirmer cette hypothèse : l'inscription dans ces réseaux semble, dans le public, plutôt protéger des difficultés RH. Mais on remarque l'inverse dans le privé.

On observe également, dans le privé, une relation entre la présence d'un service de chirurgie et des difficultés RH d'un côté, et dans le public entre présence d'un service d'obstétrique et des difficultés budgétaires, de l'autre. S'il est relativement aisé d'expliquer pourquoi l'activité en obstétrique suscite dans le public davantage de difficultés, les résultats concernant l'activité en chirurgie sont moins triviaux : il est souvent rapporté que la T2A favoriserait plutôt les actes chirurgicaux dans la mesure où ils correspondent à des actes techniques codifiés. Sur ce point, les résultats de la post-enquête peuvent nous éclairer. En effet, l'activité chirurgicale se situe de manière paradoxale vis-à-vis de la T2A. D'un côté, c'est probablement la spécialité la plus productrice d'activité, non seulement par elle-même mais aussi en raison de l'activité induite par exemple par les soins de suite ; elle est à ce titre plutôt favorisée par la T2A lorsqu'elle atteint un niveau d'activité suffisant pour obtenir un rendement d'échelle. Mais d'un autre côté, lorsque ce niveau est insuffisant, elle peut aller de pair avec des difficultés financières entraînant sa fermeture ou son transfert. Elle suscite ainsi particulièrement la concurrence entre les établissements, en termes de spécialisation et notamment en termes de mobilité pour les chirurgiens. Source d'activité, elle peut être fortement handicapée du point de vue des RH en raison d'une concurrence locale importante. De fait, son absence se conjugue avec de moindres difficultés, notamment l'absence de conflits avec l'extérieur, que sa forte présence vient au contraire exacerber.

Enfin, au-delà des résultats liés au statut, à la taille ou aux spécialisations des établissements, leur environnement paraît corrélé aux difficultés rencontrées. L'introduction d'indicateurs de

cet environnement dans les modèles conduit souvent à faire disparaître ou atténuer les résultats concernant l'activité (l'obstétrique et parfois même les caractéristiques défavorables du privé non lucratif). Il en est notamment ainsi des évolutions de la population accueillie, (son appauvrissement en particulier) ou des attentes des patients et de leur famille (information, qualité des prises en charge, réduction des risques...), ou encore de la concurrence locale avec d'autres établissements hospitaliers.

La sélection des établissements à enquêter

Pour sélectionner les établissements à enquêter, deux types d'éléments devaient être considérés : les critères de choix des établissements compte-tenu des objectifs de la post-enquête et des résultats statistiques présentés ci-dessus, et les possibilités de prise de contact qui peuvent dépendre d'autres éléments, tels que les réseaux existant et contacts déjà établis à l'occasion d'une précédente enquête. Dans cette section, on présente les résultats de la première démarche, qui a conduit à sélectionner a priori un certain nombre d'établissements dont certains seulement ont été enquêtés.*

La sélection des établissements devait répondre a priori aux critères suivants, discutés dans le cadre du comité de suivi :

- avoir répondu à l'enquête COI-H ;
- exclure des établissements trop spécifiques (les centres de lutte contre le cancer : CLCC) ;
- représenter les 3 types juridiques (public, lucratif, non lucratif), mais être néanmoins relativement comparables : retenir des établissements polyvalents de taille suffisante ;
- distinguer une catégorie située dans des zones de difficulté de recrutement et une autre dans des zones sans difficulté ;
- intégrer dans la sélection des établissements ayant connu des restructurations.

Ces critères ont conduit à opérer un certain d'opérations pour aboutir à sélectionner les établissements :

1) Restriction du champ : élimination des CLCC, des établissements n'ayant pas d'activité en médecine, chirurgie ou obstétrique, des petits établissements du privé lucratif ou non lucratif : restent 510 établissements des 663 de l'échantillon de COI-H ;

2) Sélection des zones d'enquête en fonction des difficultés de recrutement.

De l'examen des difficultés de recrutement déclarées dans les questions 27 par zones d'études et d'aménagement du territoire (ZEAT), on tire les enseignements suivants :

Bassin parisien : Difficultés de recrutement de médecins, mais peu pour le personnel soignant ;

IDF : Difficultés de recrutement de personnel soignant, peu de difficultés pour les médecins ;

Méditerranée : Difficultés de recrutement de personnel médical, peu de difficultés pour les soignants ;

Ouest : Difficultés de recrutement de personnel médical ;

Sud ouest : Difficultés de RH liées à la T2A ;

Nord : Peu de difficultés de recrutement de personnel soignant, difficultés de RH liées à la T2A ;

Est : Résultats peu significatifs : se trouve dans la moyenne ;

Centre est : Dans la moyenne.

L'un des objectifs de ce « zonage » est de limiter les déplacements, tout en contrastant les régions d'enquête en fonction des difficultés de recrutement déclarées par les établissements dans l'enquête COI-H. Cela conduit à s'intéresser aux régions suivantes, rassemblant 297 établissements :

- Île-de-France et Méditerranée sont dans des situations proches au regard des difficultés de recrutement. Suivant l'opportunité, on se contentera ou non de la région parisienne ;
- Ouest et sud ouest : difficultés de recrutement de personnel médical : on privilégie le sud-ouest qui cumule plusieurs difficultés ;
- Centre est : Dans la moyenne des autres ;
- Nord : Pas de problème de recrutement de personnel soignant.

Les établissements ne sont pas également distribués dans ces zones selon leur type et leur taille (tableau 18). Ceux que l'on choisit sont les plus représentatifs de leur zone : en Île-de-France, tous les types d'établissement (si les petits établissements publics sont proportionnellement peu nombreux dans cette zone, il y en a quand même suffisamment pour les retenir. Si on conserve aussi la région Méditerranée, on pourra y interroger également des établissements privés lucratifs et des petits établissements publics. Dans le Nord, on choisit des établissements publics de plus de 800 salariés et non lucratifs de plus de 300 salariés ; et dans le Sud-ouest des établissements publics de moins de 800 salariés et lucratifs de plus de 200 salariés.

Tableau 18 - Répartition des établissements selon la zone et le type

Zone d'aménagement du territoire (zeat)	Type et taille d'établissement				Total
	Public, moins de 800	Public, 800 et plus	Non lucratif 300 et plus	Lucratif, 200 et plus	
1 - IDF	11	32	10	10	63
	5.6	16.9	29.4	11.0	12.3
2 - MEDIT	16	26	3	14	59
	8.2	13.8	8.8	15.4	11.6
3 - NORD	8	15	6	4	33
	4.1	7.9	17.6	4.4	6.5
4 - SUD OUEST	27	16	1	14	58
	13.8	8.5	2.9	15.4	11.4
5 - Autres régions	134	100	14	49	297
	68.4	52.9	41.2	53.8	58.2
Total	196	189	34	91	510
	38.4	37.1	6.7	17.8	100.0

Champ : France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; hors CLCC et établissements sans spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), N=510. Données non pondérées.

Sources : Enquête statistique publique COI-H 2007, CEE et DREES.

3) Construction d'un indicateur qui croise « les moyen humains insuffisants ou difficultés de gestion du personnel qui ont fortement ou très fortement perturbé l'introduction de la T2A (réponse « fort » et « très fort » à la question 36.4) » et des restructurations territoriales telles que le transfert d'activité à d'autres établissements (Q5.1) ou des suppressions d'activités (Q5.2) ou une fusion totale ou partielle (Q5.3).

En confrontant cet indicateur aux 4 types d'établissement (secteur public de grande taille, de petite taille, secteur privé non lucratif de grande taille, secteur privé lucratif de grande taille), on voit que (tableau 19) :

- le secteur public est bien représenté dans tous les croisements entre restructuration et difficultés de la T2A liées à la gestion du personnel ;
- le privé non lucratif est surtout présent parmi les établissements qui connaissent des difficultés de la T2A liées à la gestion du personnel ainsi que des restructurations ;
- le privé lucratif est surtout présent parmi les établissements qui ne connaissent pas de difficultés de la T2A liées à la gestion du personnel, mais on en trouve aussi bien parmi ceux qui ont été restructurés que les autres.

On sélectionne alors, dans le privé non lucratif et lucratifs, les établissements « typiques » ainsi définis.

Tableau 19 - Difficultés RH de la T2A et restructurations selon le type d'établissement

T2A fortement ou très fortement perturbée par des moyens humains insuffisants (Q36.4) et existence d'une restructuration (Q5.1 ou Q5.2 ou Q5.3)	Type et taille d'établissement				Total
	Public, moins de 800	Public, 800 et plus	Non lucratif 300 et plus	Lucratif, 200 et plus	
Ni restructuration Ni difficultés RH de la T2A	62 31.6	67 35.4	7 20.6	38 41.8	174 34.1
Au moins une restructuration Mais pas de difficultés RH de la T2A	38 19.4	34 18.0	7 20.6	25 27.5	104 20.4
Pas de restructuration Mais des difficultés RH de la T2A	58 29.6	60 31.7	7 20.6	13 14.3	138 27.1
Au moins une restructuration et des difficultés RH de la T2A	38 19.4	28 14.8	13 38.2	15 16.5	94 18.4
Total	196 38.4	189 37.1	34 6.7	91 17.8	510 100.0

Champ : France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; hors CLCC et établissements sans spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), N=510. Données non pondérées.

Sources : Enquête statistique publique COI-H 2007, CEE et DREES.

Étude de la sensibilité de l'indicateur aux zones

On observe que, dans les régions sélectionnées, les difficultés de la T2A liées à la gestion du personnel ne sont pas discriminantes, alors que les restructurations le sont. Ainsi, en Île-de-France et dans le Nord on observe moins de restructurations, et à l'inverse du Sud-ouest où il y en a plus. On choisit ainsi des établissements n'ayant pas connu de restructuration dans les deux premières zones, et des établissements en ayant connu dans le sud-ouest. En Méditerranée, on ne retient pas de critère de sélection.

Pour finaliser la sélection, on privilégie le type d'établissements aux restructurations lorsqu'il n'y a pas assez d'établissements dans chaque strate détaillée.

Les strates finalement définies sont les suivantes :

- 1 – Île de France – établissements publics, quelle que soit la taille - ni restructurations, ni difficultés de ressources humaines : 17 établissements
- 2 – Île de France – établissements privés non lucratifs de plus de 300 salariés : 10 établissements
- 3 – Île de France – établissements privés lucratifs de plus de 200 salariés : 10 établissements
- 4 – Méditerranée – établissements privés lucratifs : 14 établissements
- 5 – Nord – établissements publics de plus de 800 salariés : 8 établissements
- 6 – Nord – établissements privés non lucratifs de plus de 300 salariés : 6 établissements
- 7 – Sud-Ouest – établissements publics de moins de 800 salariés ou privés lucratifs de plus de 300 salariés – établissements ayant connu une restructuration : 20 établissements.

Les établissements ont été hiérarchisés suivant les réponses aux questions sur les dossiers médicaux partagés (pour sélectionner des établissements qui ont répondu positivement à ces questions).

D'autres informations sur les établissements sélectionnés ont également contribué au choix final : sur les activités médicales obstétriques et chirurgicale, les urgences, l'impact ressenti de la T2A, les difficultés de la T2A (autres que RH), quelques variables sur les contraintes d'environnement (questions 4, 19).

Bibliographie sélective

- Bartoli F., Bras P.-L., 2007, « Tarification à l'activité et écarts de coûts de travail entre les établissements publics et PSPH », rapport de l'IGAS, RM 2007-053P, mars, 23 p.
- Benamouzig D., 2005, *La santé au miroir de l'économie*, Paris, PUF, 2005.
- Blanchard N., Pichetti S., Raynaud D., 2009, DREES, « Second rapport d'activité du comité d'évaluation de la T2A », document de travail, série études et recherches, n°94, septembre, 71 p.
- Cordier M., 2008, « Hôpitaux et cliniques en mouvement : changement d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », DREES, Etudes et résultats, n°633, avril, 8 p.
- Crainich D., Leleu H., Mauleon A., 2009, « Impact du passage à la tarification à l'activité. Une modélisation pour l'hôpital public », *Revue économique*, n°2 (60), mars, pp. 471-481.
- Crémieux F., Deugnier M., 2007, « Principes de régulation des dépenses hospitalières », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, p. 34.
- Danet F., 2008, *Où va l'hôpital ?*, Paris, Desclée de Brouwer, 222 p.
- Dubet F., 2002, *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002.
- Freidson E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
- Gheorghiu M. D., Guillemot D., Moatty F., 2007, « Préparation de l'enquête COI – les changements organisationnels et leurs outils : entretiens avec les dirigeants d'hôpitaux », Paris, DREES, Document de travail Série Études, n°72, novembre 2007, 41 p.+11 p, <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud72.pdf>
- Gheorghiu M. D., Guillemot D., Moatty F., 2009, « Questionnaires et médecins face aux changements organisationnels des hôpitaux français », in J.-Y. Causer, J.-P. Durand et W. Gasparini (coord.), *Identités et identifications au travail. Catégories d'analyse, enquêtes et controverses*, Toulouse, Octarès (Le travail en débats), juillet, p. 157-164.
- Gheorghiu M. D., Guillemot D., Moatty F., 2009a, « Changements organisationnels et informatisation dans les établissements hospitaliers français », in R. Bercot et A. Mayère (dir.) *Organisation et communication au sein des systèmes de santé. Colloque Ottawa 2009*, La Plaine Saint Denis, Centre documentaire de la MSH Paris Nord (Actes colloques), 11-12 mai, p. 107-118. <http://documentation.mshparisnord.org/?id=71&exp=3;11>
- Gheorghiu M. D., Guillemot D., Moatty F., 2009b, « Changements organisationnels et mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements hospitaliers français », *Journées Internationales de Sociologie du Travail, Atelier 3 – Rationalisations et régulations de travail, Session 1 : Rationalisations gestionnaires et managériales dans les secteurs social et hospitalier*, Nancy, 25-26 juin, 12 p. http://gree.univ-nancy2.fr/encours/digitalAssets/51716_GHEORGHIU_GUILLEMOT_MOATTY.JISTdg_1.pdf
- Gheorghiu M. D., Moatty F., 2005, « La coopération contrainte en milieu hospitalier », in J.-P. Durand et M.-C. Le Floch (dir.), *La question du consentement au travail. De la servitude volontaire à l'implication contrainte*, Paris, l'Harmattan.
- Gheorghiu M. D., Moatty F., 2005, « Les conditions du travail en équipe : les relations de coopération dans les établissements de santé », Paris, DREES, document de travail, n°47, 2005. <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/>
- Gheorghiu M. D., Moatty F., 2006, « La coopération contrainte en milieu hospitalier », in J.-P. Durand et M.-C. Le Floch (éds.), *La question du consentement au travail*, Paris, L'Harmattan, 2006, p. 253-262.

Gheorghiu M. D., Moatty F., 2007, « Coopération et délégation du travail en milieu hospitalier », in M. Elbaum (dir.), rapport du groupe de travail « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », Haute Autorité de Santé, Paris, 2007, p. 97-109. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_eco.pdf

Greenan N., Guillemot D., Kocoglu Y. (coord.), 2010, « Informatisation et changements organisationnels dans les entreprises », Hermès Science-Lavoisier, Réseaux, n°162.

Halluin (d') J.-P., Maury F., Petit J.-C. et de Singly Ch., « Pouvoirs et organisations à l'hôpital », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, p. 14-31.

Greenan N., Moatty F. (coord.), 2005, dossier « Changements organisationnels et relations au travail », Hermès Science-Lavoisier, Réseaux, n°134, pp. 7-220.

Grimaldi A., 2009, *L'hôpital, malade de la rentabilité*, Paris, Fayard, 280 p.

Moison J.-C., Pépin M., 2010, « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé », DREES, Série Études et Recherche n° 97, mai, 122 p.

Or Z., Renaud Th., 2009, « Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères », IRDES, DT n°23, mars.

Pouvoirville G. de, 2009, « Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas. La mise en œuvre de la tarification à l'activité », *Revue économique*, n°2 (60), mars, pp. 457-470.

Schweyer F.-X., 2006, « Les carrières des directeurs d'hôpitaux », in *Revue française d'administration publique*, n°116, 2006 (source www.ena.fr).

Tharel L., 2008, « Tarification à l'activité et dépenses de personnel non médical : quels ajustements possibles ? L'expérience de l'Hôpital européen Georges Pompidou (AP-HP) », Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital, 55 p.

Index - Liste des principaux sigles

APHP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
CA	Conseil d'administration
CAE	Contrat d'accompagnement dans l'emploi
CCAM	Classification commune des actes médicaux (codage des actes médicaux)
CEE	Centre d'études de l'emploi
CH	Centre hospitalier
CHT	Centre hospitalier territorial
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CHU-P	Centre hospitalo-universitaire situé à Paris
CHUS	Centre hospitalo-universitaire situé dans le Sud
CLINICOM SHS	Logiciel de Siemens Health Services
CME	Commission médicale d'établissement
COI-H	Changement organisationnel et informatisation dans les établissements de santé
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
CTCV	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DG	Dotation Globale (les établissements ex-DG sont des hôpitaux publics ou des hôpitaux du secteur privé non-lucratif)
DIM	Directeur de l'information médicale/ Direction de l'information médicale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	Directeur des ressources humaines
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENC	Étude nationale des coûts par séjour (enquête permanente sur 50 établissements servant à la détermination des tarifs.)
EPRD	État des prévisions de recettes et de dépenses
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif
GCS	Groupe de coopération sanitaire
GHM	Groupes homogènes de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (2009)
IBODE	Infirmier de bloc opératoire
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ISA	Indice synthétique d'activité (le point ISA est une unité de valorisation des séjours tels qu'ils sont recensés par les GHM)
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation [La dotation MIGAC permet de financer soit des missions non directement reliées à la production de soins, comme la recherche, l'enseignement, l'innovation médicale, l'activité de recours, soit des activités de soins dispensés à certaines catégories spécifiques (SAMU, SMUR...)]
NG	Nouvelle gouvernance
Norme B2 de la Sécurité Sociale	La norme B2 permet de traiter les échanges entre les professions de santé et l'assurance maladie. Il existe autant de normes B2 référencées par un code que de types de professions de santé. Pour les établissements de santé et les cliniques, la norme applicable est B2-CP. Cf. www.mainh.sante.gouv.fr/
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national (correspond aux cliniques et hôpitaux du secteur privé lucratif et à certains établissements du secteur privé non lucratif)
PH	Praticien hospitalier
PL	Clinique ou polyclinique privée lucrative
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNL	Institut ou centre médical privé non lucratif
RH	Ressources humaines
RSA	Résumé de sortie anonyme
RSS	Résumés de sortie standardisés
RTT	Réduction du temps de travail
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarifification à l'activité
TEPA	Loi en faveur du Travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat (2009)
TIM	Technicien d'information médicale
V11	11ème Version de la classification des GHM (2009)

DOCUMENT DE TRAVAIL

Série
Études et Recherche

ISSN : 1621-4358 (électronique)

Internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr>

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources