

LE CONCEPT DE PERFORMANCE ET LES SOINS HOSPITALIERS

Frédérique Quidu
E.H.E.S.P Rennes
Frederique.quidu@ehesp.fr

Jean-Pierre Escaffre
Campus des Sciences – université de Rennes 1
jean-pierre.escaffre@univ-rennes1.fr

Résumé :

Le terme performance est polymorphe. De manière classique, nous pouvons la définir comme l'effet optimal du croisement entre l'efficacité et l'efficience. Dans le domaine des unités hospitalières, l'efficacité peut être assimilée, du point de vue des soignants, comme l'autonomisation du patient par l'effet d'une dépendance temporaire, signant l'efficience. L'analyse des relations soignants-soigné(s) montre l'imbrication des concepts d'efficacité et d'efficience, et ce d'autant plus que la première prime sur la seconde de manière absolue. Le seuil critique d'efficience se cale donc au degré maximum d'efficacité. Il s'agit donc d'un choix stratégique.

Mots clés : performance, efficacité, efficience, soins, autonomie, dépendance, valeurs culturelles.

INTRODUCTION

Dans les organisations productives privées, la notion de performance est fréquemment assimilée à la rentabilité maximale possible des moyens de production. Dans le secteur public, en particulier dans le domaine de la santé, cette notion prend un caractère beaucoup plus large dont il faudra recenser les caractéristiques essentielles généralement admises. Apparaissant polymorphe, nous avons choisi de suivre la définition classique de la performance comme l'effet globalisant de l'efficience et de l'efficacité.

A l'instant t donné, nous pouvons admettre que ces derniers concepts sont indépendants. Il est alors aisé de concevoir une modélisation simple de la performance. Mais sur une période, champ de la stratégie, il n'est plus possible d'admettre cette indépendance. Il s'agit alors de tenter d'en analyser la dialectique. Le domaine des soins hospitaliers nous servira de champ d'observation, tout particulièrement la dynamique des soins directs entre les soignés et les soignants.

I - DE LA PERFORMANCE

I.1 - Des définitions

La performance est couramment définie dans la littérature comme la capacité à atteindre des objectifs. Pour ce faire, l'organisation doit mobiliser de manière optimale des ressources, traduisant ainsi un lien entre performance, efficacité et efficience (Penan, 1999 ; Bchini, 2005). Selon Louart (1999), l'efficacité peut se définir comme l'atteinte des résultats et l'efficience comme l'utilisation optimale de moyens pour atteindre les résultats.

L'idée de performance est associée aux activités du secteur privé. Or, depuis les ordonnances Juppé de 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, l'introduction du concept de nouvelle gouvernance publique (Nautré, 2008), et la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, dite LOLF¹ (Bousquet, Coulomb, 2007), la recherche de la performance a pénétré la sphère publique. Celle-ci était en effet fréquemment considérée par des acteurs extérieurs comme non performante. Dans le milieu de la santé, l'Agence Nationale d'Appui à la performance a été créée à escient.

¹ <http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/le-budget-et-les-comptes-de-letat/la-lolf-cadre-organique-des-lois-de-finances.html>

Toute organisation productive comprend plusieurs groupes d'acteurs dont les intérêts peuvent être divergents, rendant l'approche de la performance et sa mesure pas forcément faciles à appréhender. En effet, les objectifs ne sont pas uniquement financiers (Penan, 1999) et le concept de la performance devient multidimensionnel (Cameron, Lewin et Minton, 1986, Morin, Savoie et al., 1994). Dans le domaine de la santé, par exemple, l'approche de la DREES² s'inspire du modèle nord-américain de Sicotte (1999). Celui-ci comprend quatre dimensions : atteinte des objectifs, acquisition et contrôle des ressources et des capacités, production de services de qualité et développement de valeurs communes. La performance sanitaire se réfère à des critères médicaux (espérance de vie, infections, etc.) et à la lutte contre les inégalités de santé. Plus particulièrement, la performance hospitalière (Le Pogam, 2009) intègre à la fois la qualité (aussi envisagée par Coulomb et Bousquet (2006) et Minvielle (2003)), la sécurité des soins, la productivité et la satisfaction du patient. Si la multiplicité des dimensions de la performance permet de concilier les attentes des différents acteurs, son opérationnalité peut être difficile en raison d'un antagonisme possible entre les dimensions. De plus, les indicateurs nécessaires à la déclinaison de ses dimensions peuvent être compliqués à construire et/ou à renseigner.

En définitive, la littérature nous livre que le concept de performance n'est pas encore stabilisé. La raison en est peut-être, comme le souligne Penan (1999), qu'elle « *participe de la dimension symbolique de la gestion : elle véhicule un système de valeurs positives et invite à l'action, elle est l'argument majeur de séduction des discours et des méthodes managériales* ».

Nous avons fait ici le choix de définir la performance comme le croisement entre l'efficacité et l'efficience. Nous avons tenté de décrire sa signification dans le domaine des soins hospitaliers.

I.1.1 - Efficacité et efficience

Penan (1999) insiste à juste raison sur le fait que « *la performance doit être analysée non seulement à un instant t mais aussi sur la durée puisque une organisation doit être en capacité de perdurer dans un environnement parfois changeant* ».

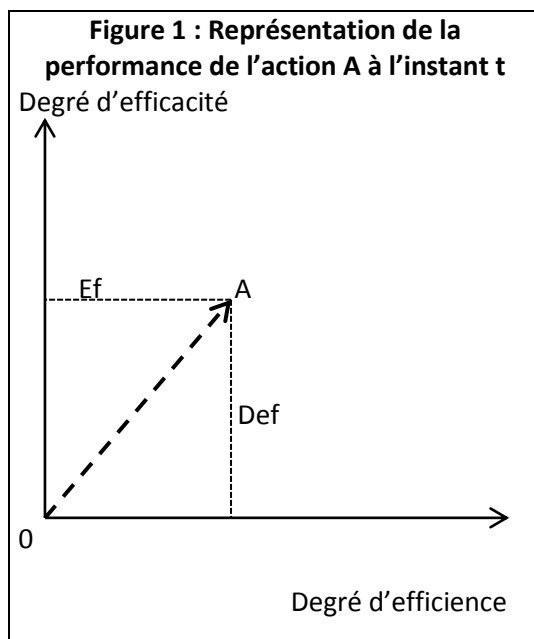
Si nous raisonnons à un instant t donné, nous pouvons considérer que l'efficacité et l'efficience ne sont pas liées : on peut atteindre un objectif sans être efficace et réciproquement.

S'il existe une métrique de l'efficacité, nous pouvons considérer une distance PObj entre un départ P et l'objectif Obj. A l'instant t, l'acteur a atteint un point F quelque part entre P et Obj ; la mesure serait donc le rapport $E_f = PF / P_{obj}$, nombre relatif.

De même, s'il existe une métrique de l'efficience, elle pourrait être issue d'un ensemble Em de moyens (connaissances, moyens physiques, monétaires) combinables ; il s'agit alors de minimiser l'utilisation de ces moyens juste au niveau du seuil critique des effets requis pour atteindre en forte probabilité l'objectif. Ce niveau peut être admis comme la combinaison de moyens dont les effets sont les plus efficaces. Soit N l'ensemble des moyens à disposition, Ns les moyens combinés requis au seuil critique, et Nr les moyens réellement utilisés. Il s'agit alors de minimiser $M = Nr - Ns$. Nous pouvons représenter le degré d'efficience par $Def = (1 / |M|)$.

Soit une action A (ou un acte particulier quelconque). A peut être représentée à un instant t de son déroulement sur un plan dont l'abscisse représente le niveau d'efficience et l'ordonnée le niveau d'efficacité :

² DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

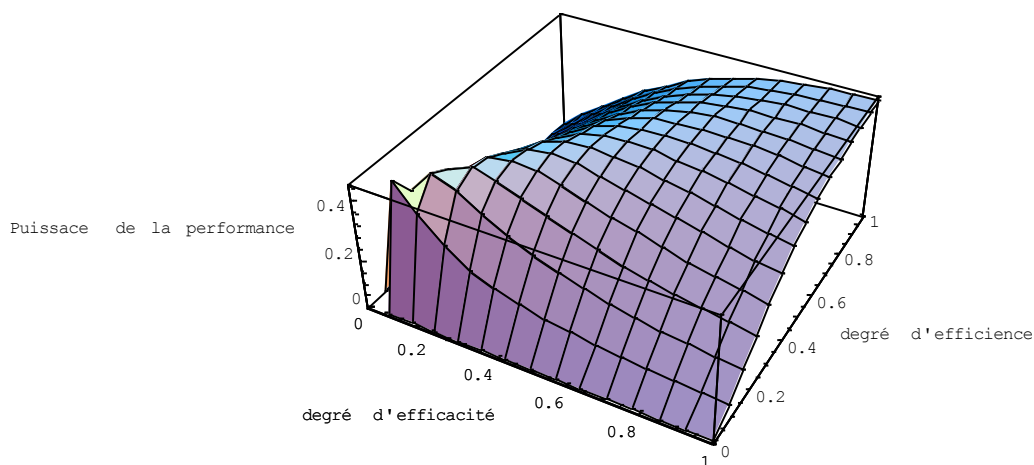


La performance sera d'autant plus puissante que Ef et Def seront simultanément élevés. Elle sera faible si le degré d'efficacité est important et le degré d'efficience faible, et réciproquement. Elle le sera aussi si les deux sont faibles (vecteur OA petit).

Avec des mesures orthonormées, la puissance Pp de la performance peut alors s'écrire :

$$Pp = (Ef * Def) / (Ef^2 + Def^2)$$

Figure 2 : représentation graphique de la performance



Si désormais nous raisonnons sur une période Δt , il devient plus délicat de considérer l'efficacité et l'efficience comme non liées. Une stratégie est en effet fondée sur deux piliers : un objectif le plus précis possible, un seuil critique des moyens prenant en compte à la fois le niveau exigé par l'objectif et les réactions probables des partenaires extérieurs, positifs comme négatifs. Le seuil critique dépend de trois éléments fondamentaux pour un ensemble de moyens donné : la vitesse relative (aller plus vite que l'environnement, le freiner, l'accompagner, c'est à dire user des moyens de manière différenciée), le niveau de réserve (en moyens financiers, en capacité de production, en niveau de connaissances,

pour tenir compte des usures...), et enfin la plasticité des moyens (capacité des moyens à se substituer ou à être multitâches). Plus l'objectif est ambitieux, plus l'efficacité appelle de l'efficience, fonction de la maîtrise des trois éléments fondamentaux. Or ces derniers ont des limites, ce qui met le décideur face à un dilemme : soit abandonner l'objectif ambitieux, soit ajouter des moyens dont les effets supplémentaires ne sont pas garantis (loi des rendements décroissants). Même si une bonne gestion maintient l'efficience des nouveaux moyens, ces derniers peuvent augmenter de manière exponentielle : pouvons-nous alors encore parler d'efficience lorsque les effets de l'utilisation optimisée des moyens sont à rendement décroissant ?

Exemple dans le cas de la gestion des conflits militaires :

La puissance des moyens militaires américains s'est accrue de manière très importante à partir de la dernière guerre. Il n'empêche que leurs conflits durent de plus en plus longtemps : moins de cinq années pour la seconde guerre mondiale (guerre gagnée par rapport aux objectifs de Yalta), plus de dix ans pour la guerre au Vietnam (perdue), treize ans pour le conflit irakien ainsi que celui de l'Afghanistan (sans résultats probants). Pour ce dernier, les coûts estimés par la maison blanche furent de 200 milliards, pour monter aujourd'hui à 4400 milliards, soit presque le PIB de la Chine (selon R-E Dagorn, Sc.humaines, oct-nov 2012). Le général V. Desportes constate (DSI n°74 oct 2011) : « ...la plus forte coalition militaire de tous les temps, représentant à la fois les deux tiers des PIB mondiaux et les deux tiers des dépenses de défense dans le monde, ne parvient dans la difficulté qu'à des résultats tactiques ambigus face à quelques milliers d'insurgés. Apparaît ainsi une divergence toujours plus grande entre la puissance militaire théorique des Etats occidentaux et leur capacité à produire de l'efficacité technique, puis politique. (...) La victoire dans la bataille classique pouvait hier imposer la paix pour quelques décennies, elle [l'armée] ne sait plus le faire que pour quelques heures : son rendement est désormais marginal. »

Cette dialectique efficacité / efficience crée donc un doute sur le concept même de performance tel que défini plus haut. Quand l'objectif est absolu, comme dans le soin hospitalier, l'efficacité prime et la gestion de l'efficience en est perturbée.

II - EFFICACITE ET EFFICIENCE DANS LES UNITES DE SOINS HOSPITALIERS

II.1 - Qu'est-ce que l'efficacité et l'efficience dans l'exécution des soins ?

Ce que demande tout individu, c'est de recouvrer son autonomie de vie perturbée par une maladie. L'objectif du soignant est donc de faire varier l'autonomie du patient autant que possible soit pour l'améliorer, soit pour la maintenir en l'état compte tenu des techniques connues, soit de faire admettre sa perte progressive (soins palliatifs). L'efficacité du soin se situe donc dans la capacité du soignant à faire varier l'autonomie du patient. Cette variation se manifeste par une suite de relations entre le soignant et le patient, généralement dénommée « dépendance ». Celle-ci est constituée concrètement par des actes de tous ordres (aides techniques à la vie courante, actes de diagnostic et de thérapie, actes techniques relationnels), utilisant ou non les moyens matériels à disposition au moment de l'acte de soin. Ces actes seront d'autant plus efficaces qu'ils feront varier l'autonomie du patient en utilisant les moyens humains et matériels juste nécessaires (seuil critique), et ce dans un laps de temps le plus court possible.

La variation de l'autonomie du patient peut donc être interprétée comme le signe du degré d'efficacité des soignants, la forme et le volume de la dépendance comme une mesure du degré de leur efficience.

II.2- Variation de l'autonomie et efficacité

II.2.1 - La théorie

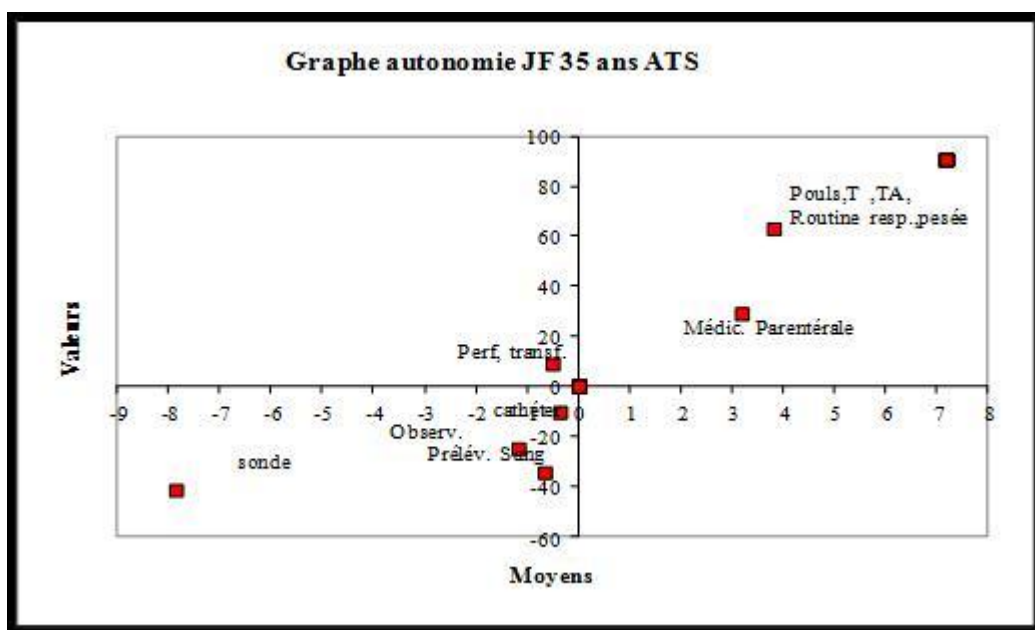
Qu'est-ce que l'autonomie d'un individu ? Il s'agit des actes qu'il accepte de réaliser d'une part, et dont il possède le pouvoir d'exécution d'autre part (Escaffre, 2011). Le « volume » d'actes qui suit ces deux conditions constitue le degré de l'autonomie de l'individu par rapport à l'ensemble des actes qu'il peut imaginer. L'acceptation/non-acceptation ressortit au système culturel de l'individu, le pouvoir de ses connaissances et des moyens matériels dont il dispose. Faire varier l'autonomie, c'est donc faire varier soit le système culturel, soit celui de son pouvoir, soit les deux à la fois.

Dans le cas du soin, le soignant tentera par exemple de convaincre le patient récalcitrant de prendre un médicament, ou de faire l'effort de marcher seul : le soignant tente de modifier (partiellement) le système de valeurs du malade. Il pourra aussi fournir un déambulateur, ce qui constitue un moyen matériel pour le patient qui lui donnera le pouvoir de se déplacer seul. Il s'agit en fait d'un « choc » entre deux autonomies distinctes : dans le cas de la médication suscitée, il s'agit d'une confrontation entre deux systèmes de valeurs. L'efficacité, du point de vue du soignant, consiste alors à faire varier le système de valeurs du patient jusqu'à l'acceptation de la prise du médicament. Du point de vue du soignant : l'efficacité apparaît alors comme un jugement d'un individu singulier, et non pas comme un fait objectif universel.

II.2.2 - La pratique : un exemple

Soit une jeune femme hospitalisée de 35 ans (JF35) dans une Unité de Chirurgie, élevant seule un jeune enfant. Cette patiente a la particularité d'être elle-même cadre-soignante dans un autre établissement. Le jour de l'observation, elle était totalement autonome vis à vis des actes de la vie courante. En revanche, elle devait subir les actes somatiques suivants: prise de pouls, de température, de tension artérielle, pesée, protocole de routine respiratoire et de médication parentérale, pose d'une sonde, perfusion et transfusion, un cathéter, un prélèvement de sang, et bénéficier d'une observation systématique. Sa matrice $[V_p]$ correspondant à son système de valeurs est fournie en annexe 1, celle du jugement de son système de valeurs sur les actes à recevoir $[V_p A]$ en annexe 2³. Le graphe d'autonomie / non-autonomie de cette patiente est alors le suivant :

Figure 3 : Autonomie / non-autonomie de JF35 vis à vis des actes somatiques



³la matrice de ses moyens et la matrice de leurs effets sur les actes ne sont pas ici annexées

Cette jeune femme hospitalisée est autonome vis à vis des actes « prise de pouls, température, pesée, routine respiratoire, médication parentérale (ce qui semble logique car elle est par ailleurs cadre-soignante) ». Elle n'est pas autonome vis à vis de la perfusion/transfusion (elle accepte l'acte, mais ne peut le réaliser), de la pose de cathéter, d'une sonde, de la prise de sang et de l'observation systématique. Pour ces derniers actes, non seulement elle n'a pas les moyens de les réaliser, mais elle les refuse. La jeune infirmière de 27 ans (IDE27), qui a la responsabilité de réaliser ces actes somatiques prescrits par le médecin, est considérée dans l'unité de soins comme très compétente, et a pour réputation de vouloir guérir la maladie plutôt que le malade. Son système de valeurs [Vs] est consigné dans l'annexe 3. Les actes que la patiente ne peut faire viennent du fait qu'elle n'en a pas les moyens ou que la soignante en a le monopole légal. L'efficacité, du côté de l'infirmière, est de faire accepter les actes « cathéter », « sonde », « prélèvement de sang », « l'observation permanente ». Il convient donc de repérer les valeurs des deux personnes, celles en synergie, celles qui se contredisent. Le produit de la matrice de JF35 [V_p] par la transposée de la matrice IDE27 [V_s] permet de repérer les seuils critiques des valeurs à faire évoluer de part et d'autre, vis à vis des seuls actes somatiques à effectuer :

Tableau 1 : Confrontation des systèmes de valeurs JF35 / IDE27 vis à vis des actes somatiques (extraits)

Valeurs JF35 / IDE 27: [V _p]*Tr[V _s]	Aimer transmettre	Altruisme	Discrétion	Disponibilité	Recherche d'efficacité	Egalité	Empathie	Esprit d'équipe	Fiabilité	Générosité
Dignité, pudeur	14280	3344	3264	3600	8712	1848	28960	19200	8028	4880
Respect du soigné vis-à-vis d'autrui	11172	2772	2592	2646	6804	1512	22680	14985	6237	3900
Estime de soi	1862	418	396	450	1134	224	3640	2415	1008	640
Confiance dans l'équipe	6860	1804	1728	1692	4212	1008	14480	9570	3996	2400
Perte de pouvoir	-6048	-1518	-1332	-1296	-3672	-798	-11880	-7830	-3240	-2160
Prise en compte de sa globalité	6188	1540	1440	1476	3780	840	12560	8310	3456	2160
Etre acteur	14840	3685	3420	3510	9090	1995	29900	19800	8235	5200
Etre écouté	14840	3685	3420	3510	9090	1995	29900	19800	8235	5200
Tolérance	1638	429	420	432	1008	245	3500	2325	963	560
Patience	560	165	144	126	342	91	1180	780	315	200
Honnêteté	1078	264	276	306	666	154	2320	1545	648	360
Egalité / équité	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Partage, solidarité	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Exigence	1176	319	252	198	702	161	2260	1470	603	440
Individualisme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

La première remarque est que certaines valeurs de la patiente (« égalité » de traitement entre les patients, « solidarité », ou « individualisme »⁴) n'interfèrent en rien avec les valeurs de la soignante. La seconde remarque est que la plupart des valeurs de la jeune femme soignée sont en congruence avec celles de l'infirmière (éléments positifs de la matrice), vis à vis des soins somatiques : il y a donc peu de contradiction culturelle. Seule une valeur contredit avec force (montant élevé de l'élément négatif de la matrice) toutes les valeurs de la soignante : la « perte de pouvoir », valeur qui « pollue » la relation soigné-soignant. La jeune femme est en effet un cadre soignant soigné par une infirmière plus jeune. On voit que cet effet est à l'origine de la non-acceptation de certains soins somatiques comme indiqué sur le graphe autonomie / non-autonomie. La perte d'efficacité se situe ici dans le rapport culturel. En termes d'efficience, nous pouvons nous demander si le choix de cette infirmière était opportun, ce qui entre en résonance avec les moyens en personnels dont on dispose. Dans ce cas, efficacité et efficience sont intimement liées.

II.3 - La dépendance et l'efficience

II.3.1 - Choix du niveau de dépendance et efficience

La dépendance apparaît lors d'un « choc » entre deux autonomies. Il s'agit d'une relation sociale. Dans le cas du soin, cette relation s'effectue entre l'autonomie de l'agent et celle du patient (volume réduit d'actes). Les deux autonomies ne recouvrent pas en totalité le même volume d'actes acceptable et bien sûr possible (actes techniques d'aides à la vie courante, actes somatiques, actes techniques relationnels). L'efficience est un jugement uniquement côté personnel soignant : quel niveau d'aides

⁴ Dans le sens où le patient cherche d'abord à se faire prendre en charge par le soignant, sans se soucier des contraintes de ce dernier.

nécessaire, avec quels moyens matériels requis, faut-il réaliser par rapport à l'objectif d'autonomisation des patients (seuil critique)?

Soit un patient qui ne peut s'habiller seul : le soignant se trouve alors, en terme d'efficacité, devant un dilemme. Soit il l'habille, et l'acte est rapidement réalisé : nous pouvons considérer que l'efficacité est réelle sous l'aspect dextérité ; il est fort possible que l'aide soit aussi efficace si le malade est vraiment handicapé et que cette aide l'empêche de dégrader sa situation. La « performance » est alors au rendez-vous. Soit l'agent décide de pousser le patient à s'habiller tout seul pour améliorer son autonomie ; mais alors dans ce cas, l'aide devient chronophage, sans doute efficace vis à vis du soigné, mais est-elle efficace au regard de l'ensemble des tâches à accomplir auprès de l'ensemble des malades présents ? Au nom de l'efficacité, dans une unité de soins, nous pouvons même nous trouver dans le cercle vicieux suivant, assez fréquent : les agents se substituent aux patients pour réaliser les tâches plus rapidement, du coup la lutte contre la dégradation de l'autonomie s'atténue, les autonomies des patients se dégradent alors, ce qui nécessitent plus de tâches de la part des agents, le tout amenant à une fatale désorganisation réduisant l'efficacité globale du service. Si maintenant des stratégies systématiques d'autonomisation des patients sont décidées, plus chronophages, de combien faudrait-il multiplier le nombre de postes de soignants ? L'efficacité émane donc de choix stratégiques, et non pas de décisions simplement techniques.

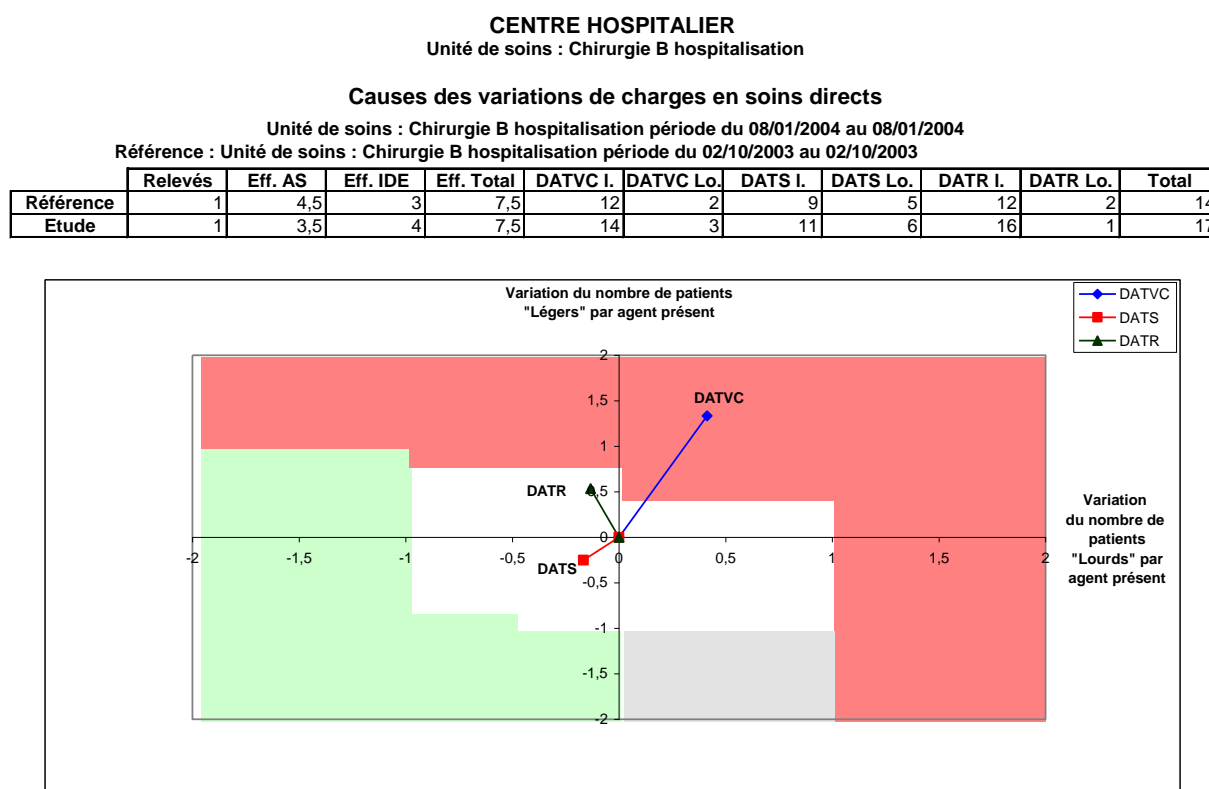
Les possibilités d'autonomisation des patients, leurs niveaux de dépendance, ont des impacts sur les comportements des soignants au travers de leurs ressentis journaliers⁵. Si les ressentis sont trop lourds à vivre durant une longue période, le découragement peut apparaître et / ou l'absentéisme de toute nature se multiplier, d'où une baisse significative de l'efficacité de l'Unité. Mais à quel niveau d'activité les ressentis peuvent demeurer tolérables, propice à une organisation efficace ? Pour cela, il convient de comprendre les lois de ces ressentis, et en tirer un outil permettant de calculer le nombre de postes adéquats, avec les qualifications requises.

II.3.2 - Ressentis, quantité de travail, et efficacité

Nos études ont montré que les comportements des agents de soins au travers de leurs ressentis journaliers sont fonction de trois facteurs essentiels : le nombre de patients à suivre, leurs niveaux de dépendance, le nombre d'agents présents. La « cartographie » suivante des ressentis (Escaffre, 2008) semble universelle, quelle que soit l'Unité de Soins, et quel que soit le lieu (pas de contre-exemples pour le moment).

⁵ Ressenti : écart entre le vécu des tâches à accomplir et ce qu'est considéré implicitement ou explicitement comme une activité normale.

Figure 4 : « cartographie » des ressentis

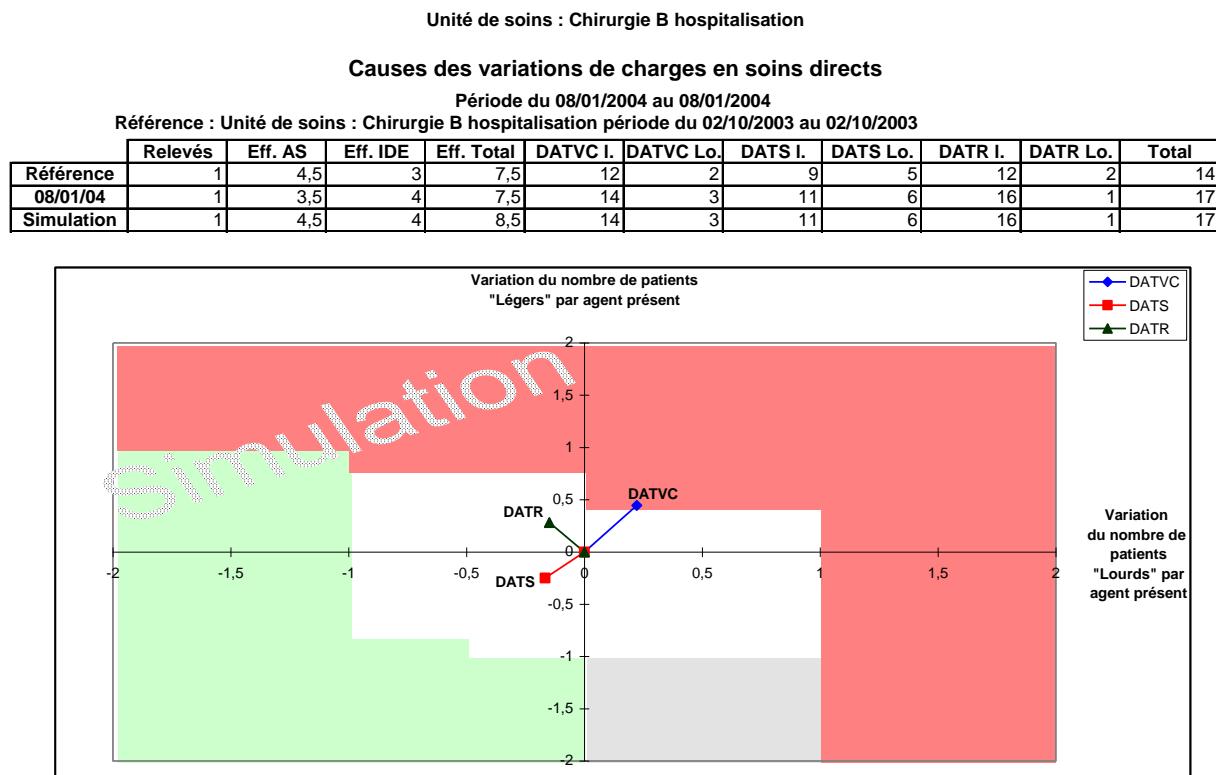


Elle montre que les niveaux de ressentis (faible charge de travail, normal, surcharge) occupent des plages précises : le passage d'un niveau à un autre est brutal (seuils critiques d'acceptation). Elle montre aussi la plage des situations considérées comme normales, plage à partir de laquelle peut s'élaborer une organisation « optimale » entre le spectre des états des patients reçus et la capacité d'encaissement des agents de soins. Une faible charge de travail ressentie correspond à un surplus de moyens vis à vis des stratégies de soins adoptées. Une surcharge est propice à une désorganisation et à l'absentéisme, mais une mauvaise organisation est aussi facteur de ressentis lourds (par exemple, des médecins ne respectant pas le planning de travail des soignants, du point de vue de ces derniers).

Dans l'exemple ci-dessus, la journée de travail est ressentie lourde vis à vis des actes techniques de la vie courante, tolérable vis à vis des soins techniques somatiques, et des soins relationnels. Que pouvons-nous conclure sur cette journée ? Globalement, nous pouvons affirmer que cette journée fut une journée à ressenti lourd en particulier pour les aides soignant(e)s, nos enquêtes ayant montré que les ressentis vis à vis des aides à la vie courante priment sur les autres. Les aides sont en effet les moins protocolisées, à l'inverse des deux autres (celles vis-à-vis des actes techniques et relationnels), d'où un niveau d'aléa plus grand à gérer pour les personnels.

Lorsque les journées vécues comme surchargées se succèdent, le cercle vicieux décrit plus haut peut s'enclencher, et il convient alors de calculer par simulation le nombre de postes de travail qu'il convient de créer (avec les qualifications) afin que les ressentis redeviennent normaux, ou/et de calculer le nombre de patients possible (seuil critique de prises en charge), ou/et de restructurer les types de dépendance des malades (seuils critiques des états des patients).

Figure 5 : « cartographie » des ressentis et simulation



Si nous considérons qu'une organisation dite optimale génère des ressentis « normaux », il est alors nécessaire de modifier l'un des trois facteurs suscités. Dans l'exemple étudié, la diminution d'un(e) aide soignant(e) entre la date de référence et la date de l'étude a eu pour effet d'accroître sensiblement les charges liées aux dépendances vis-à-vis des actes de la vie courante d'où une forte probabilité d'un ressenti lourd. Combien d'aide(s) soignant(e)s faudrait-il pour que la journée soit vécue comme une journée « normale »? Le résultat de la simulation montre qu'avec un(e) aide soignant(e) de plus la journée n'aurait sans doute pas été ressentie comme « lourde » (le point DATVC⁶ tombe à la frontière de la zone de tolérance (zone blanche)).

Si des ressentis lourds se succèdent, il est très probable que l'efficacité baisse (efficacité comme définie plus haut : faire varier l'autonomie des patients). Cependant, des ressentis normaux propices à l'efficacité n'induisent pas automatiquement l'efficacité, mais y contribuent certainement.

CONCLUSION

Si nous définissons la performance comme le croisement de l'efficacité et de l'efficience, on peut *a priori*, à un instant t donné, formaliser son chemin vertueux. Cependant, la stratégie s'effectue dans le temps, et sur une période il devient délicat de distinguer conceptuellement efficacité et efficience, tant elles sont imbriquées dans de nombreuses situations comme l'ont montré les exemples tirés de cas réels dans les unités de soins. L'efficacité d'un soin, telle que nous l'avons défini, est de faire varier l'autonomie du patient, l'efficience est la capacité à gérer le seuil critique des moyens à disposition. Comme pour les soignants l'efficacité prime, l'efficience en est dépendante. La logique inverse remettrait en cause le principe de l'efficacité maximale. Cependant, le niveau d'efficacité requis est un

⁶ DATVC : dépendance vis-à-vis des actes de la vie courante

jugement du soignant qui n'est pas obligatoirement congruent avec celui admis par le soigné. Il n'existe donc pas de performance, donc d'efficacité et d'efficience, dans l'absolu, mais elle est relative à la perception du décideur.

Bibliographie

- Ardouin T., Bonmat J-M., Juillet, J-L. (2009), Ressources humaines à l'hôpital : pilotage social et performance, Paris, Berger – Levrault.
- Bachimont J., Letourmy A. (2002), L'élaboration d'indicateurs de la performance hospitalière : quels enjeux pour les usagers ? (Commentaire), Sciences sociales et santé. Vol. 20, n°2, p. 105-115.
- Baubeau D, Pereira C. (2004), Mesures de la performance dans le domaine de la santé, *Dossiers Solidarité et Santé*, n°3, p. 47-56.
- Bchini B. (2005/3), Vers une méthode pour la mesure de la performance d'une alliance, *La Revue des Sciences de Gestion*, n°213, p. 93-103.
- Bourguignon A. (1995), Peut-on définir la performance ?, *Revue Française de comptabilité*, n°269.
- Bousquet F., Coulomb A. (2007), Mesure de la performance et gestion hospitalière, Complément A, Performance, incitations et gestion publique, Rapport du CAE, n° 66, La Documentation française.
- Bureau D., Mougeot M. (2007), Performance, incitations et gestion publique, Rapport du CAE, n° 66, La Documentation française
- Cameron K.S. (1986), Effectiveness as paradox: consensus and conflict in conceptions of organizational effectiveness, *Management Science*, n°32, p. 539-553.
- Coulomb A., Bousquet F (2006), Penser une nouvelle place pour la qualité dans la régulation du système de santé français, *Les Tribunes de la santé*, n°10, p. 97-104.
- Drucker P. (1966), *The effective executive*, N.Y., Harper and Row
- Emery, Y. Giauque D. (2005). *Paradoxes de la gestion publique*, L'Harmattan.
- Escaffre J.P. (2011), Autonomie, dépendance et stratégie: essai théorique et application à la conduite des organisations, *Journal d'économie médicale*, n° 1-2, vol. 29.
- Escaffre J.P. (2008), Le contrôle de gestion dans les Unités de Soins, *Economica*.
- Guide méthodologique pour l'application de la loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001 (2004) : La démarche de performance : stratégie, objectifs, indicateurs, La Documentation française.
- Hervé M.J. et al. (2008), Les ressentis négatifs du thérapeute. Partie 1 : un outil sémiologique ? , *Devenir*, vol.20, p. 293-318.
- Holstein J. et al. (2006/2), Évolution de l'autonomie fonctionnelle en soins de suite gériatriques : un indicateur de performance ?, *Santé Publique*, Vol. 18, p. 235-244
- Hood, C. (1995), The 'New Public Management' in the 1980s: Variations on a Theme, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 20 (2/3), p. 93-109
- Kerleau M., Le Vaillant M. (2001/3), Redistribution des ressources hospitalières, comparaison et hétérogénéité des établissements : les Sur-Coûts des hôpitaux franciliens, *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, p. 441-456.
- Leleu H., Dervau X B. (1997), Comparaison des différentes mesures d'efficacité technique : une application aux centres hospitaliers français, *Économie et Prévision*, n° 129-130, p. 101-119.
- Le Pogam M.A. et al. (2009/5), La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multi-multidimensionnel cohérent, *Management et Avenir*, n°25, p. 116-134.
- Lewin A.Y., Minton J.W. (1986), Determining organizational effectiveness: another look, and an agenda for research, *Management Science*, n°32, p. 514-539.
- Livian Y-F. al. (2004), La gestion de la charge de travail dans les activités de services, *Revue française de gestion*, n° 150, p. 87-103.
- Louart P. (1999), Efficience/Efficacité, *Encyclopédie de la Gestion et du Management*, pp.344-34.
- Meier O. Schier G. (2007), Spécificité de la gouvernance hospitalière : une revue de littérature, *Colloque Ethique, ESCEM*.
- Minvielle E. (2003/5), De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité Hospitalière, *Revue française de gestion*, n°146, p. 167-189.
- Morin, E.S., Savoie A., et al. (1994). L'efficacité de l'organisation : théories, représentations et mesures, Gaëtan Morin
- Nautré B. (2008/3), L'hôpital et le contrat, *Projet*, n° 304, p. 50-56.
- Penan H, (1999), Performance(s), *Encyclopédie de la gestion et du Management sous la direction de Robert Le Duff, Dalloz*
- Pollitt, C., Bouckaert G. (2004), *Public Management Reform. A Comparative Analysis*, 2nd ed, . Oxford University Press.

Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, AP. (1999). La performance organisationnelle des organismes publics de santé. Ruptures – Revue transdisciplinaire en santé, vol. 6, n° 1, p.34-46.

Sire B., Ferecelli A.M. (1996), Performance et Ressources Humaines, Economica

Teil A (2001), Défi de la performance et vision partagée des acteurs, Application à la gestion hospitalière, Thèse de doctorat, Université Jean Moulin Lyon 3.

ROCHIBAUD-EKSTRAND S., VANDAL S., VIENS, C, et al. (2001), Les modèles de comportements de santé, Recherche en soins infirmiers, n° 64, p. 59-75.

Annexes

Annexe 1 : système de valeurs de JF35

JF35 Système de valeur [Vp]	Dignité, pudeur	Respect du soigné vis-à-vis d'autrui	Estime de soi	Confiance dans l'équipe	Perte de pouvoir	Prise en compte de sa globalité	Etre acteur	Etre écouté	Tolérance	Patience	Honnêteté	Egalité / équité	Partage, solidarité	Exigence	Individualisme
Dignité, pudeur	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1
Respect du soigné vis-à-vis d'autrui	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	-1
Estime de soi	1	-1	1	1	-1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Confiance dans l'équipe	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
Perte de pouvoir	-1	0	-1	0	1	-1	-1	1	-1	-1	0	0	0	1	1
Prise en compte de sa globalité	1	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
Etre acteur	1	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
Etre écouté	1	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
Tolérance	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0
Patience	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	-1	0
Honnêteté	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Egalité / équité	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Partage, solidarité	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Exigence	1	0	0	-1	-1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0
Individualisme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

la valeur encourage l'action: 1
neutre : 0
la valeur décourage l'action : -1

Annexe 2 : Jugements des valeurs de JF35 sur les actes somatiques

JF35 Jugements sur ATS [VpA]	pouls	température	tension artérielle	routine resp.	pesée	prélev. sang	prélev. Urines	obs. syst	Oxygène	médication voie orale	méd. Parentérale	perfusions/transf.	sonde	cathéter
Dignité, pudeur	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Respect du soigné vis-à-vis d'autrui	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estime de soi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Confiance dans l'équipe	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Perte de pouvoir	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Prise en compte de sa globalité	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Etre acteur	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Etre écouté	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tolérance	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Patience	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Honnêteté	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Egalité / équité	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Partage, solidarité	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Exigence	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Individualisme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Annexe 3 : système de valeurs de la soignante IDE27

IDE27 [Vs]	Aimer transm	Altruisme	Discrét.	Disponib	Rech. Effic.	Egal	Empat	Esprit équipe	Fiabil	Généro	Goût d'apprendre	Honnet	Huma	Humil	Partage soign-pat	Loyauté	Phil de la vie	Respect	Respon	Rigu prof.	Toléra	Aimer comm
mer transm	1	0	-1	-1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1
Altruisme	1	1	0	-1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1
Discrétion	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	-1
Disponibilité	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	-1	-1	0	1
recherche d'effic	1	0	0	-1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	-1	0	1
Egalité	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1
Empathie	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1
Esprit d'équipe	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
Fiabilité	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	-1	0	1	0	0	0	0
Générosité	0	1	0	-1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1
goût d'apprend	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
Honnêteté	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	-1	0	1	1	1	1	1
Humanité	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Humilité	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
Partage soign-pat	1	1	0	-1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Loyauté	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	-1
philosophie de la	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1
Respectueux	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1
Responsabilité	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0
Rigueur prof.	1	0	1	-1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	-1	0	1	1	1	1	0	0
Tolérance	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1
travail communica	1	0	-1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	-1	-1	1	0	1	1	1	1	1

Valeurs qui sont en synergie : 1
Valeurs indépendantes : 0
Valeurs contradictoires : -1