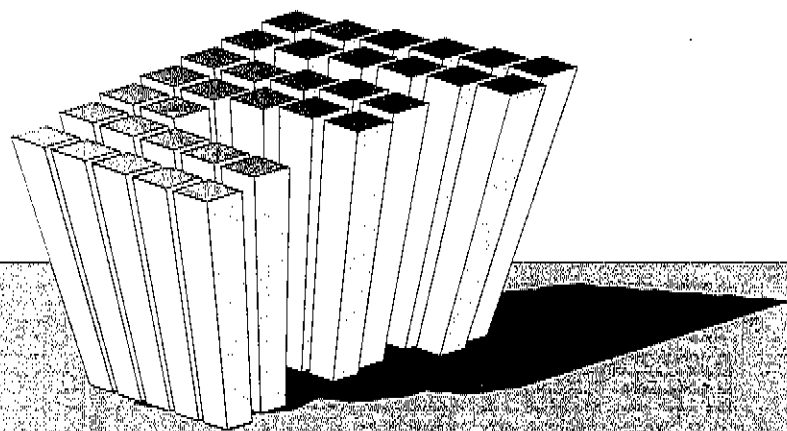


ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

**UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE
DE REDUCTION DES COÛTS HOSPITALIERS:
HOSPICES CANTONAUX VAUDOIS (SUISSE).**



GROUPE SPÉCIAL DE LOMS SUR L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

WHO/FHE/95.1
Distr.: Générale
Original: Français

Une démarche participative de réduction des coûts hospitaliers.

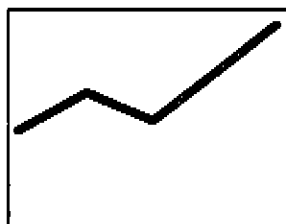
Hospices cantonaux vaudois (Suisse)

Filippo Bolla

Service des Hospices cantonaux vaudois

Marianne Binst

Bossard consultants



**GRUPE SPECIAL DE L'OMS
SUR L'ECONOMIE DE LA SANTE**

Janvier 1995



© Organisation mondiale de la Santé, 1995

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit, ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Aux utilisateurs de la messagerie électronique: ce document peut être consulté à l'adresse suivante: [hecon3f @ who.ch](mailto:hecon3f@who.ch).



Table des matières

AVANT-PROPOS	v
PRÉFACE	1
RÉSUMÉ	2
INTRODUCTION	3
Les hôpitaux dans le système de santé	3
L'hôpital: une organisation complexe	3
LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ EN SUISSE	4
Les coûts de la santé en Suisse	5
Structure de financement du système suisse de santé	5
Le remboursement des prestations hospitalières et ambulatoires ...	6
La couverture minimum	6
Le réseau sanitaire dans le canton de Vaud	7
Les Hospices cantonaux vaudois	8
SOURCES MÉTHODOLOGIQUES	9
Le benchmarking	10
Le budget zéro	10
Le reengineering	11
LE CHOIX D'UNE DÉMARCHE	11
OBJECTIFS ET PRINCIPES DE LA DÉMARCHE	13
Objectifs de la démarche	13
Principes de la démarche	13
LA DÉMARCHE PHASE PAR PHASE	15
Phase 0: Pré-diagnostic	15
Phase 1: Formation à la méthode et communication	15
Phase 2: Analyse de l'activité et des coûts	17
Phase 3: Remise en cause et recherche d'idées	18
Phase 4: Analyse des risques et choix des idées	18
Phase 5: Mise en oeuvre et suivi des projets	19



RÉSULTATS OBTENUS	20
Résultats obtenus aux Hospices cantonaux vaudois	20
Un autre exemple en Suède	21
QUELQUES EXEMPLES D'IDÉES RETENUES	22
PROBLÈMES RENCONTRÉS	23
Une faible participation du corps médical	23
Faire comprendre au personnel le sens de la démarche	23
La difficulté d'appliquer les méthodes de benchmarking en milieu hospitalier	23
La nécessité d'un bon système d'information	24
La phase de recherche d'idées	25
CONDITIONS DE RÉUSSITE	25
Avoir le soutien de la direction générale	25
L'organisation du projet	26
Le choix des responsables du projet	26
Formation	26
Communication	26
Impliquer l'encadrement	26
Des règles claires de la part de la direction	27
PERSPECTIVES D'UTILISATION	27
CONCLUSION	28
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	29



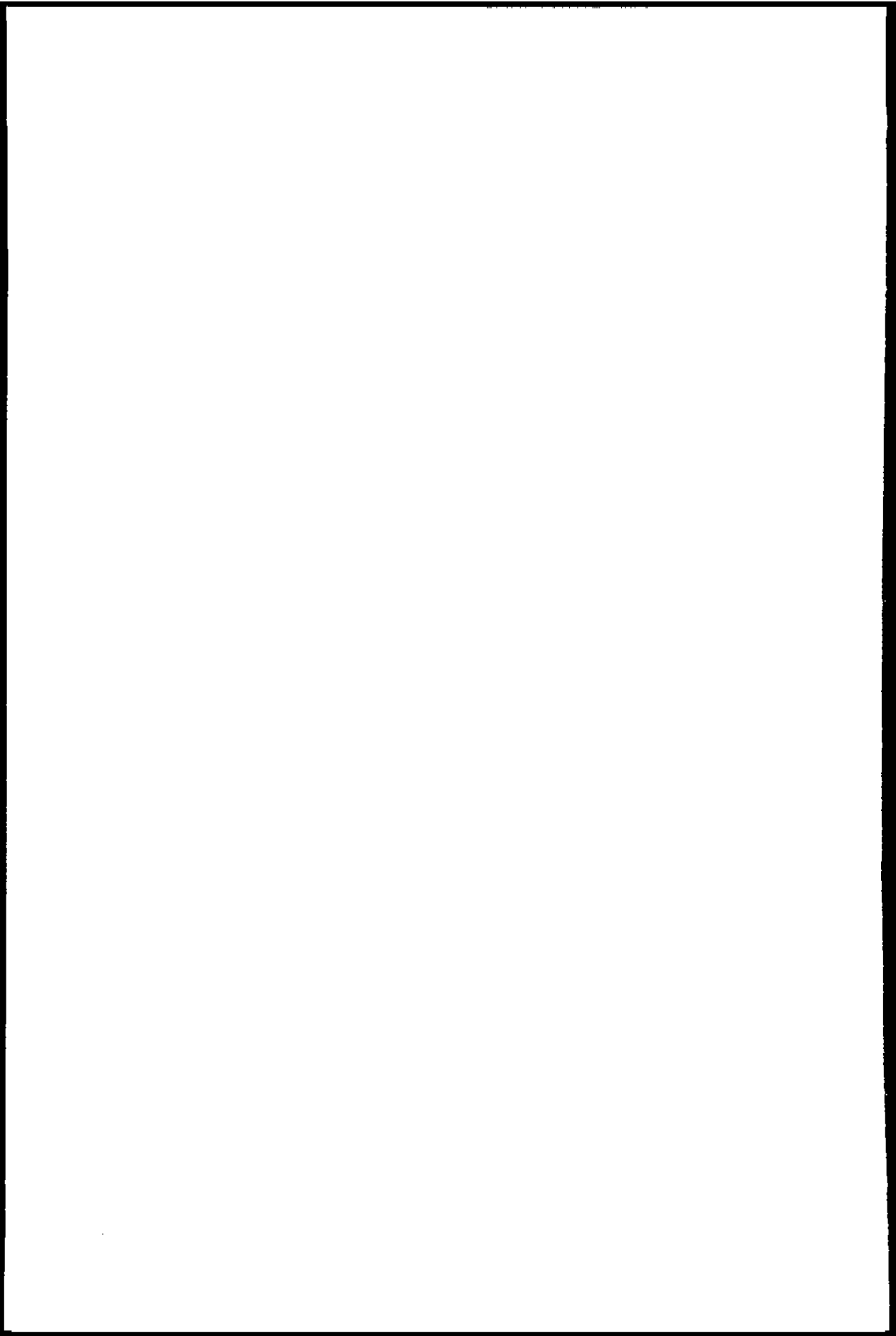
AVANT-PROPOS

Se fondant sur les activités déjà entreprises dans le domaine de l'économie de la santé, le Directeur général a créé, en novembre 1993, un groupe spécial sur l'économie de la santé afin de renforcer l'appui de l'OMS aux Etats Membres.¹ Son but est de développer le recours à l'économie de la santé dans la formulation et l'application des politiques de la santé, priorité étant donnée aux pays les plus démunis.

Le groupe spécial vise non seulement à renforcer le contenu technique des programmes de l'OMS pour qu'ils adaptent mieux les instruments de l'économie de la santé aux besoins des pays, mais également à favoriser la coopération entre les organismes de développement en appliquant l'économie de la santé au niveau des pays.

Le groupe spécial a commencé par préparer une série de documents en anglais et français pour aider à répondre aux besoins en matière d'information de ceux qui sont impliqués dans l'organisation, la planification et le financement du système sanitaire, et des professionnels de la santé spécialisés dans d'autres domaines. Outre la présente étude de cas, la série comprend déjà une bibliographie de publications, documents et articles récents ayant trait à l'économie de la santé et publiés par l'OMS, ainsi qu'un guide pour la lecture de points sélectionnés de la bibliographie.

¹ Le groupe spécial est composé des membres suivants : J.-P. Jardel (Président), M. Jancloes (Vice-président), S. Bertozzi, G. Carrin, A.L. Creese, D.B. Evans, K. Janovsky, J.M. Kasonde, C.M. Kinnon, J.H. Perrot, L. Tillfors, G. Velasquez, A.E. Wasunna.





PREFACE

Comme les hôpitaux consomment une part appréciable des moyens humains, matériels et financiers mis à la disposition du secteur de la santé, leur productivité influe profondément sur celle de l'ensemble de ce secteur. Pourtant, la productivité et l'efficacité des hôpitaux nous sont toujours mal connues. C'est en ce sens que l'étude de l'économie des hôpitaux constitue un élément important de l'action du Groupe spécial de l'OMS sur l'économie de la santé.

Pour traiter des problèmes qui se posent aux hôpitaux dans les pays en développement, il faut commencer par examiner non seulement les dépenses effectivement engagées par les hôpitaux et leurs tendances, mais également les politiques et les pratiques de gestion qui expliquent ces tendances et influent sur elles. L'analyse de la production et des coûts des services hospitaliers peut traiter des questions de répartition des ressources, d'efficacité des activités hospitalières et de conception de politiques génératrices de recettes pour les hôpitaux. L'économie offre un cadre à une telle réflexion et peut permettre de mieux comprendre comment telle ou telle option prise au niveau des politiques peut influencer sur l'efficacité, l'équité, l'utilisation et les recettes. Toutefois, vu la diversité des situations propres à chaque pays, il pourra s'avérer difficile de tirer des conclusions généralisables sur les dépenses des hôpitaux et sur l'utilisation qu'ils font des moyens mis à leur disposition. Aussi convient-il de se livrer, au niveau des pays, à une analyse économique détaillée des crédits et des coûts hospitaliers, avant de prendre des décisions d'orientation, de planification et de gestion, à court et à long terme, concernant les hôpitaux.

Bien que le présent document s'attache aux hôpitaux d'un pays industrialisé, les questions dont il traite n'en sont pas moins largement applicables ailleurs. En effet, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement, les hôpitaux sont dans une situation déficitaire à cause du gaspillage et des insuffisances techniques imputables à une mauvaise gestion et à des incitations financières perverses. Vu la pénurie de moyens à laquelle la plupart des pays se trouvent confrontés, il est capital de minimiser ces déficits tout en maintenant, ou même en améliorant, la qualité des services hospitaliers. Il faut donc espérer que certains des enseignements à tirer du présent document seront largement entendus.



RESUME

Les hôpitaux sont souvent considérés par les pouvoirs publics comme une source importante de réduction des charges de l'Etat.

L'hôpital est une organisation complexe. Une réduction des coûts hospitaliers doit être fondée sur une analyse des activités et intégrer les changements stratégiques du réseau de soins.

Les professionnels de l'hôpital doivent être largement impliqués dans le processus de réduction des coûts:

- afin de développer un savoir faire de gestion;
- afin de garantir la qualité des prestations.

Devant la contrainte de diminuer leurs coûts, les Hospices cantonaux vaudois (Suisse) ont développé une méthodologie pour réduire les coûts hospitaliers. Cette méthode a permis d'identifier un potentiel d'économies de 13,7 % par rapport à leur coût d'exploitation qui s'élève environ à 700 millions de francs suisses (environ 480 millions de dollars US).

La méthode est basée sur les deux principes suivants:

- utiliser les compétences du personnel sur le terrain par une participation aussi large que possible du personnel;
- analyser et remettre en cause les activités, principales consommatrices de ressources.

La mise en oeuvre des économies potentielles identifiées se fera sur trois ans.

Une partie des économies réalisées pourra être allouée à d'autres projets.



INTRODUCTION

Dans un monde où les ressources sont limitées, ce qui est alloué au secteur de la santé ne pourra l'être pour d'autres services comme: l'éducation, le réseau de transports, la protection de l'environnement ou d'autres services d'intérêt public. Diminuer les coûts de la santé, améliorer l'état de santé de la population par la mise en place d'un réseau de soins plus efficace est un enjeu stratégique pour un pays qui souhaite se développer et améliorer sa compétitivité (Brailer, D.J. et van Horn, R.L.).

L'analyse économique du système de santé est complexe, elle met en relation des indicateurs difficiles à mesurer comme la qualité des soins et l'état de santé avec des données financières souvent imprécises et peu comparables.

Le gestionnaire du système de santé peut agir:

- par une réorganisation du réseau de soins;
- par une modification du système de financement des agents;
- par une diminution des coûts d'exploitation des principaux agents.

Le présent document est surtout concerné par cette dernière manière d'agir.

Les hôpitaux dans le système de santé

Le financement des hôpitaux représente entre 50 % et 80 % des dépenses publiques de fonctionnement des systèmes de santé. Dans beaucoup de pays en développement où le réseau de soins peu développé favorise une concentration des ressources vers le secteur hospitalier, cette part est très importante. (Kutzin, J. et Barnum, H.).

Les pouvoirs publics se concentrent énormément sur la réduction des coûts hospitaliers parce que les hôpitaux représentent vraisemblablement une part trop importante dans le réseau de soins. Mais les hôpitaux sont aussi des organisations complexes qui ont subi le plus souvent une faible pression concurrentielle. La gestion hospitalière n'a pas évolué au rythme des réformes dans le management depuis les années soixante.



Une diminution des coûts semble possible dans les hôpitaux, elle permettrait d'améliorer l'efficacité de la plupart des systèmes de santé en réallouant une partie des ressources économisées vers d'autres secteurs de soins (prévention, médecine de ville, soins à domicile, etc.).

L'hôpital: une organisation complexe

Les organisations de grande taille accumulent au fil des années des dysfonctionnements qui alourdissent considérablement leur processus de production. Les hôpitaux qui opèrent dans un marché peu concurrentiel ne font pas exception à cette règle. Avec le développement de mécanismes de marché dans le secteur de la santé et la forte pression budgétaire imposée par les organismes de tutelle, la diminution des coûts devient un enjeu stratégique pour les hôpitaux (Townsend, E.J. et al.) (Mullaney, A.D.).

Jusqu'où peut-on aller sans mettre en péril la qualité des prestations? Quelle est la taille optimale d'un service hospitalier? Comment identifier les coûts cachés?

Face à la contrainte de réduire leurs coûts d'exploitation, les Hospices cantonaux vaudois (Suisse) ont mis en place en 1993 une démarche basée sur une participation aussi large que possible du personnel¹.

La démarche que nous présentons ici est une démarche intra-hospitalière. Elle a très peu tenu compte de l'articulation globale de la chaîne de soins, du rôle des médecins de ville, des soins à domicile, des centres de réhabilitation, etc. Cette démarche a pour but d'améliorer le fonctionnement d'hôpitaux publics et de réduire leurs coûts d'exploitation.

LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN SUISSE

Cette brève description n'a pas la prétention de donner une vision complète du système suisse de santé. Elle ne se contente que d'en rappeler les principales caractéristiques, dans le but de mieux comprendre le contexte de la démarche de réduction des coûts hospitaliers menée dans le canton de Vaud².

¹ «Une démarche participative de réduction des coûts, bilan de l'opération orCHidées menée aux Hospices cantonaux vaudois: présentation aux journées scientifiques de l'Association latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé, Bruxelles, juin 1994 (Absi et al.)

² Pour une évaluation des coûts du système suisse de santé, voir: Sommer, J.H. et Gutzwiller, F.
Pour une présentation des mécanismes de financements, voir: Frei, A. et Hill, S., ou Gilland, P.



Les coûts de la santé en Suisse

En 1991, les dépenses de santé en Suisse s'élèvent environ à 29,6 milliards de francs³ (8,9 % du PIB), ce qui représente une dépense par habitant de Fr. s. 4 300 par année (US\$ 2950).

Plus de la moitié des dépenses (51,4 %) sont engendrées par les établissements de santé (hôpitaux, homes médicalisés, institutions pour handicapés). Les services ambulatoires (médecins, pharmacies et autres), représentent 41 % des dépenses, les frais administratifs (assurances sociales et l'Etat) 6 %, la prévention seulement 1,6 %.

En 1991, la Suisse comptait: 616,4 lits de soins généraux et 171 lits psychiatriques et psycho-gériatriques pour 100 000 habitants.

Structure de financement du système suisse de santé

Le secteur ambulatoire est réglé par des dispositions au niveau national, alors que le secteur hospitalier est régi par des lois cantonales. Il y a donc autant de systèmes de financement des hôpitaux en Suisse que de cantons (26 cantons).

Les pouvoirs publics (Confédération, cantons, communes) financent environ 31 % du coût total du système de santé.

La répartition du financement est la suivante:

- secteur public (Confédération, cantons, communes) 31 %;
- caisses maladie 38 %;⁴
- assurances privées et patients payant eux-même 29 %;
- assurances sociales 2 %.⁵

Plus de 60 % des coûts de la santé en Suisse sont financés de manière directe par les ménages, par le biais de l'assurance-maladie et des prestations payées directement par le patient.

³ Office fédéral de la statistique, Berne 1994

⁴ Les assurances-maladie sont des associations privées sans but lucratif qui reçoivent une subvention de l'Etat. Elle négocient avec les associations professionnelles des conventions qui doivent être approuvées par les pouvoirs publics.

⁵ Assurance invalidité et assurance accidents professionnels.



Le remboursement des prestations hospitalières et ambulatoires

Quelques règles communes aux différents cantons peuvent être énoncées en matière de remboursement des prestations par les caisses maladies.

Deux réseaux hospitaliers cohabitent:

- un réseau privé à but lucratif;
- un réseau public ou d'intérêt public (subventionné).

Le financement du réseau public hospitalier est très différent d'un canton à l'autre. La tendance majoritaire reste le «financement du déficit» des hôpitaux, avec des mécanismes variables de supervision ou de contrôle des dépenses.

Les séjours en hôpital privé sont financés à l'acte. L'hôpital ou la clinique facture le séjour, les traitements, les actes médicaux techniques, les médicaments et les honoraires médicaux. Quelques hôpitaux privés ont négocié avec des caisses maladie des tarifs préférentiels par pathologie, mais ce genre de pratique est encore peu développé.

La couverture minimum

L'assurance-maladie n'est pas obligatoire en Suisse, néanmoins 97% de la population est assurée. Les caisses maladie négocient avec les associations professionnelles des conventions qui doivent être approuvées par les pouvoirs publics, donnant droit à une couverture de base:

- 100 % pour les frais d'hospitalisation dans un hôpital public en chambre commune;
- 90 % pour les frais ambulatoires (frais dentaires le plus souvent exclus).

Selon la nouvelle loi sur l'assurance-maladie, qui entrera en vigueur en janvier 1996, l'assurance deviendra obligatoire.

Le libre passage d'une caisse à l'autre sera possible. Les assurances-maladie ne pourront donc plus choisir les bons risques. Un système de compensation entre les caisses pour la couverture de base favorisera une harmonisation des primes de base pour un même canton. Les primes pourront être différentes selon le canton, dans la mesure où l'organisation du système de santé reste une compétence cantonale.



La concurrence entre les caisses maladie ne se fera plus que sur les compléments d'assurance qu'elles offrent à leurs clients.

Le complément d'assurance privée permet en général:

- de choisir son médecin à l'hôpital;
- d'avoir accès au réseau des hôpitaux privés;
- de bénéficier de prestations supplémentaires (dentaires, prévention, cures thermales, etc.).

Du fait de la diminution du financement public, ces dernières années ont été marquées par une très forte augmentation des primes d'assurance-maladie, en particulier des compléments de primes concernant la couverture privée. Le nombre de contrats d'assurances privées est en baisse. Malgré la baisse générale de l'activité hospitalière constatée depuis le début de la crise économique, les hôpitaux publics s'attendent à ce que la diminution du nombre d'assurés privés provoque une augmentation du nombre de patients hospitalisés en chambre commune.

Le réseau sanitaire dans le canton de Vaud

Depuis 1980 les établissements sanitaires du canton de Vaud sont financés par l'enveloppe budgétaire. Cette réforme du système de financement s'applique exclusivement au réseau d'établissements sanitaires publics et d'intérêt public (il s'agit d'hôpitaux privés ou de fondation qui reçoivent une subvention du canton). L'action de l'Etat ne s'exerce pas sur l'activité ambulatoire des cabinets médicaux, ni sur l'activité hospitalière des cliniques et hôpitaux privés.

Le canton de Vaud compte en 1992⁶:

- 2 880 lits de soins généraux publics et d'intérêt public;
- 970 lits de soins généraux privés (estimation);
- 420 lits de psychiatrie;
- 255 lits de psycho-gériatrie.

La population du canton de Vaud est de 593 000 habitants (au 31 décembre 1992).

⁶ Annuaire de statistique sanitaire du canton de Vaud, 1992.



Les Hospices cantonaux vaudois

Les Hospices cantonaux vaudois, créés en 1991, sont constitués d'un ensemble d'établissements publics sanitaires du canton de Vaud:

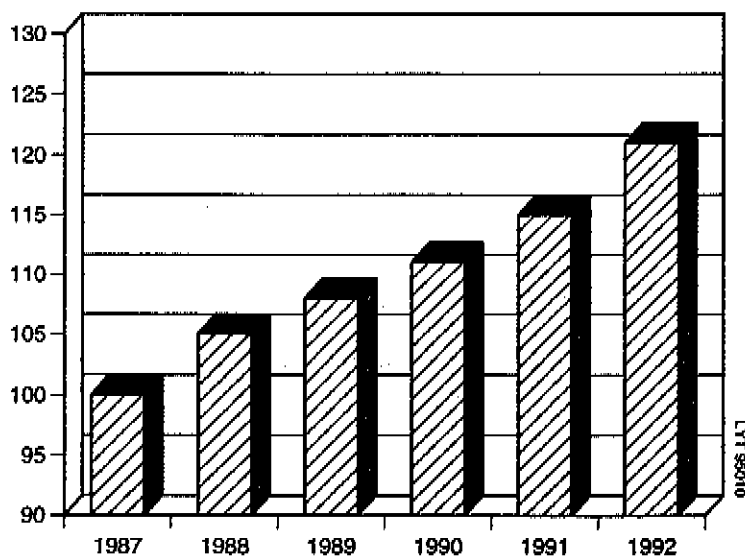
- un hôpital universitaire d'environ 1 000 lits;
- trois hôpitaux psychiatriques et psycho-gériatriques;
- un ensemble d'instituts de recherche universitaire;
- six écoles d'enseignement de professions médicales ou paramédicales;
- un centre thermal.

Le budget annuel est d'environ 700 millions de francs suisses pour 6 000 employés.

La création des Hospices cantonaux visait une diminution des coûts d'exploitation d'institutions alors indépendantes par une rationalisation de la gestion et par une meilleure coordination de la chaîne de soins.

En effet, le coût d'exploitation des Hospices, à prix constants, a augmenté de 16,1 % entre 1987 et 1992.

**Indice d'évolution des dépenses des
Hospices à prix constants entre 1987 et 1992
(1987 = 100)**





A la demande de l'Etat et des caisses maladie les Hospices ont été contraints à réduire leurs coûts de fonctionnement.

Sur quelle base la cible des économies a-t-elle été établie ?

La direction générale des Hospices a analysé les principaux dysfonctionnements de ses institutions. Elle a comparé ses coûts et ses durées moyennes de séjour avec d'autres hôpitaux suisses et étrangers. Ce diagnostic lui a permis d'estimer un potentiel d'économie d'environ 11 %, réalisable à qualité et activité constante.

Un objectif de 7 % d'économie réalisable sur trois ans a été négocié avec les autorités publiques.

Afin de préserver une marge de manoeuvre pour le développement de l'entreprise, la direction des Hospices s'est fixé un objectif de réduction de 11 %; les 4 % supplémentaires lui restant acquis et pouvant être réalloués pour de nouveaux projets.

SOURCES MÉTHODOLOGIQUES

La décennie des années 80 a été marquée par plusieurs bouleversements dans la pratique du management qui se répercutent aujourd'hui dans toutes les entreprises, qu'elles soient privées ou d'intérêt public.

Les entreprises se remettent fortement en question. Les bouleversements se multiplient dans l'industrie comme dans les services. Pour maintenir la compétitivité de leur entreprise, les nouveaux managers sont amenés, le plus souvent en quelques mois, à devoir engager des restructurations profondes de leur organisation.

Les méthodes de réduction de coûts font l'objet depuis dix ans d'un très grand nombre de publications dans les revues de management. Toutes se traduisent par une participation et une responsabilisation accrue du personnel à tous les stades du processus de production. Le principe même de cette nouvelle vision du management peut aussi s'exprimer par le transfert vers le personnel d'une importante responsabilité: la qualité (Schonberger, R.J.).

Le secteur de la santé ne sera pas épargné par ces changements. La rareté des ressources, qui s'installe au début des années 90, incite plus que jamais les responsables des entreprises actives dans le système de santé à trouver de nouvelles solutions.

Nous mentionnons ici quelques-unes des techniques les plus fré-



quemment citées dans la littérature, dont la démarche présentée ici s'est indirectement inspirée.

Le benchmarking

Le benchmarking (Camp, R.C. et Tweet, A.G.) (Spendolini, M.J.) consiste à comparer les processus de l'entreprise avec ceux des meilleurs concurrents sur le marché. Il est possible d'envisager trois sortes de benchmarking:

- le «benchmarking compétitif» consiste à comparer les processus dans deux entreprises concurrentes. Par exemple: on pourra comparer l'organisation du bloc opératoire dans deux hôpitaux; le «benchmarking fonctionnel» consiste à comparer deux processus semblables dans des entreprises actives dans des branches économiques différentes. La comparaison se fait dans ce cas sur une fonction. Par exemple: en comparant la performance de la fonction achat d'un hôpital avec celle d'une entreprise industrielle;
- le «benchmarking interne» consiste à identifier les meilleures pratiques à l'intérieur de l'organisation. Par exemple: en comparant l'organisation de la formation continue dans deux services médicaux.

Le budget zéro

Le budget zéro (Phelan, G.) développé au début des années soixante par l'administration américaine, a été adopté par la suite par de nombreuses compagnies américaines qui le pratiquent pour l'élaboration des budgets annuels.

Le budget zéro consiste à demander à tous les responsables dont les décisions ont un impact sur la consommation des ressources, de fournir une justification partant de zéro des dépenses inscrites à leur budget. Les étapes sont les suivantes:

- découpage de l'organisation en modules ayant des activités homogènes;
- évaluation des dépenses prévisionnelles pour chaque module, en séparant les activités de routine des nouvelles activités; arbitrage des propositions budgétaires.

Dans les hôpitaux, toute la difficulté consiste à établir le budget non plus par nature des dépenses mais à partir des activités à réaliser.



Le reengineering

Le reengineering (Hammer, M. et Champy, J.) pourrait se traduire par: «réinventer les processus opérationnels», un processus opérationnel étant une suite d'activités qui à partir d'un ou plusieurs «input» produit un «output» représentant une valeur pour le client (la notion de client doit être comprise au sens large du terme, il peut s'agir d'un client interne). Le reengineering ne s'intéresse donc pas aux organisations, mais aux processus. Les entreprises sont rarement organisées autour de leurs processus dont la responsabilité est morcelée par les frontières internes de l'organisation. Le reengineering consiste donc à identifier les processus de l'entreprise, en général peu nombreux (rarement plus de six) et à bâtir une structure de projet qui les analyse dans un but de simplification et d'amélioration.

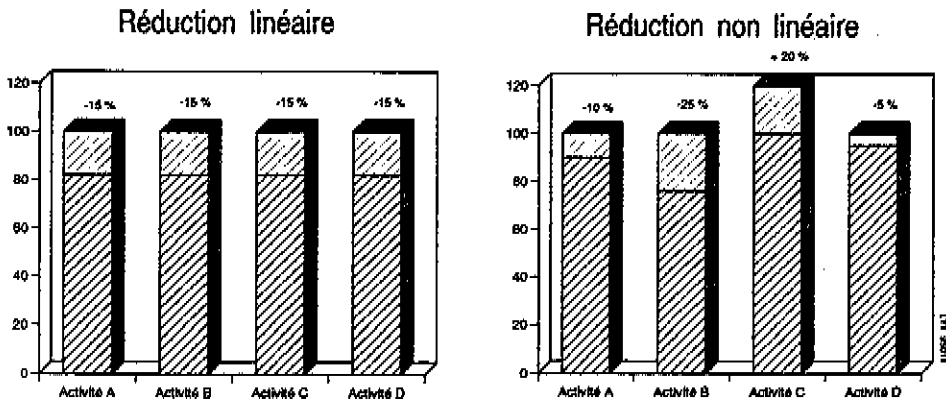
Selon H.J. Harrington (Harrington, H.J.), les étapes du reengineering sont les suivantes:

- préparation et formation à la démarche;
- identification et compréhension des processus à analyser;
- analyse des processus;
- planification de la mise en oeuvre des décisions;
- mise en oeuvre, contrôle et amélioration des processus.

LE CHOIX D'UNE DÉMARCHE

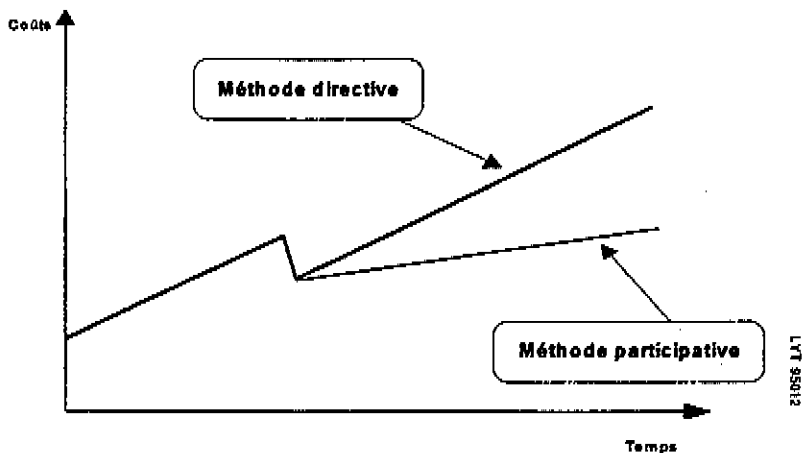
Pour réduire ses coûts, l'entreprise a le choix entre une démarche directive «top-down» et une démarche plus participative «bottom-up». La première assure une certaine cohérence dans les décisions prises et une grande rapidité de décision et de mise en oeuvre. La deuxième identifie mieux les coûts cachés et les dysfonctionnements. Elle développe un savoir-faire participatif qui pérennise les économies, mais elle est lente à mettre en oeuvre.

Le risque d'une démarche qui n'implique pas assez le personnel est de réduire les coûts de manière trop linéaire, sans pour cela supprimer ou simplifier les activités (Vollmann, Th.E. et Brazas, M.E.). Th. Vollmann fait la distinction entre «downsizing» et «rightsizing». Le «downsizing» consiste en une réduction des coûts imposée. Le «rightsizing» consiste à identifier le bon nombre de personnes pour effectuer les bonnes activités.



Qu'il s'agisse d'une réduction des coûts obtenue par une démarche directive ou participative, une réduction significative des coûts apparaît dès les premiers mois de la démarche et pendant les quelques mois qui suivent. L'importance de la variation dépendra des objectifs fixés au départ et du degré de liberté de la direction pour mettre en oeuvre rapidement les changements. A moyen terme, quelle que soit la méthode engagée, les coûts recommenceront à croître. Mais dans le cas d'une démarche participative, cette croissance s'avère être en général plus lente.

A plus long terme la répercussion sur les coûts entre une méthode directive ou une méthode participative peut être illustré par les graphiques suivants:



Les solutions proposées pour réduire les coûts doivent être soutenues par le personnel, c'est une des conditions du succès de leur mise en oeuvre. L'idéal consiste à n'éliminer que les activités superflues et à améliorer les processus. Le meilleur moyen d'y parvenir est d'im-



plier le plus possible les professionnels dans la recherche de solutions. Celui qui exerce un travail quotidiennement n'est-il pas le mieux à même d'identifier les activités mal organisées et les tâches superflues ?

Pour réussir dans le long terme, une opération de réduction des coûts doit être fondée, quelle que soit la technique d'analyse utilisée, sur les deux principes suivants:

- utiliser les compétences du personnel sur le terrain;
- analyser et remettre en cause les activités, principales consommatrices de ressources (Johnson, T. et Kaplan, R.).

OBJECTIFS ET PRINCIPES DE LA DÉMARCHE

Les objectifs de la démarche menée dans le canton de Vaud peuvent être résumés par les points suivants:

Objectifs de la démarche

- Réduire les coûts à court et moyen terme;
- modifier la culture de l'ensemble du personnel en matière de maîtrise des dépenses;
- développer le savoir-faire participatif;
- développer une culture de recherche permanente de la qualité, en démontrant au personnel que la maîtrise des coûts et la qualité ne sont pas toujours contradictoires;
- mettre en évidence le maximum de coûts cachés et de dysfonctionnements de l'entreprise;
- mobiliser autour de valeurs communes et d'objectifs collectifs; réallouer des ressources pour de nouveaux projets.

Principes de la démarche

Chaque site, chaque département, chaque service, est découpé en unités d'analyse constituant un ensemble de 10 à 30 personnes de professions différentes et ayant des missions homogènes dans le processus de production. Ce découpage en unités est fait en respectant au plus près la structure organisationnelle de l'entreprise.

Suivant une méthodologie bien définie, les groupes constitués, animés par un cadre, analysent leurs activités et calculent les coûts de



ces activités. Ils proposent ensuite des idées d'économies qui doivent permettre d'atteindre une cible de travail établie au début de la démarche.

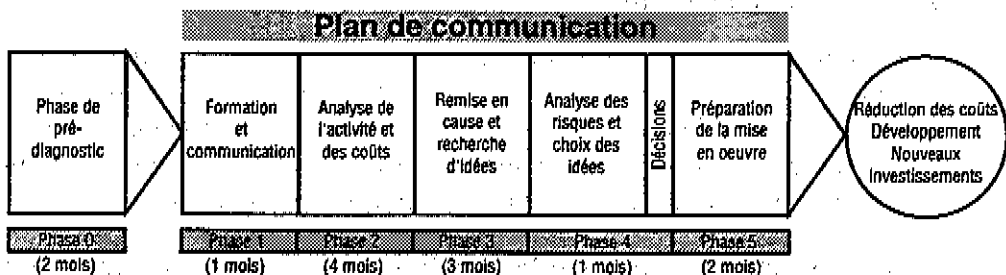
La cible de travail doit être fixée au-delà de 20 %. Pourquoi ?

- Pour dégager un potentiel d'idées suffisant afin d'éviter les réductions linéaires;
- pour conduire les unités d'analyse à remettre véritablement en cause leur activité.

Dans le cas des Hospices cantonaux vaudois, la cible fixée pour la phase de recherche d'idées était de 22 %, autrement dit, le double de l'objectif de 11 % arrêté par la direction.

L'opération a duré un peu plus d'une année. Elle se décomposait en six étapes:

1. une phase de pré-diagnostic, et d'adaptation de la méthode aux Hospices cantonaux, qui permet de déterminer la cible et d'identifier les principaux gisements d'économies (2 mois);
2. une phase d'information et de communication (1 mois);
3. une phase d'analyse, pendant laquelle le personnel décrit son activité et calcule les coûts pour chacune de ses activités (4 mois);
4. une phase de recherche d'idées, pendant laquelle le personnel remet en cause son activité et propose des idées d'économie (3 mois);
5. une phase de décision, pendant laquelle le comité de pilotage du projet (la direction élargie) choisit les idées pouvant être mises en oeuvre sans altérer la qualité des prestations (1 mois);
6. une phase d'élaboration du plan de mise en oeuvre des idées retenues (2 mois).





LA DÉMARCHE PHASE PAR PHASE

Phase 0: Pré-diagnostic

Cette phase d'environ deux mois a permis à la direction générale d'adapter la méthode au contexte des Hospices:

- en finalisant le découpage en unités d'analyse;
- en désignant les responsables de la structure de projet;
- en préparant un plan social précisant les règles qui seraient adoptées en matière de ressources humaines suite à l'opération; en mettant au point les moyens de communication qui seraient utilisés tout au long de la démarche.

Le potentiel d'économies a été estimé sur la base:

- d'une analyse comparative des coûts et des durées de séjours entre plusieurs hôpitaux suisses et étrangers;
- d'une analyse des principaux dysfonctionnements dans l'organisation des Hospices.

Suite au pré-diagnostic, la cible de réduction a été négociée avec le Gouvernement.

Phase 1: Formation à la méthode et communication

La phase de formation poursuivait les deux objectifs suivants:

1. informer chaque site sur le lancement de la démarche;
2. former la structure de projet à la démarche.

Informer chaque site sur le lancement de la démarche

De nombreuses séances d'information ont accompagné la démarche. Afin d'identifier les supports de communication, un nom a été donné à l'opération: *orCHidée*⁷.

Pour accompagner la démarche, un journal portant le nom donné à l'opération a été publié à la fin de chaque phase. Il était rédigé par un journaliste professionnel.

Les premières séances d'information ont eu lieu à la fin de la période de pré-diagnostic. Lors de ces séances, la direction a présenté le principe de la méthode au personnel, ainsi que les règles du plan

⁷ Mon premier vaut son pesant d'économies; mon second évoque un centre hospitalier en Suisse; mon troisième est plein d'imagination; mon tout est une fleur noble et de qualité à l'image de l'objectif recherché



social dans lesquelles elle s'engageait à ne procéder à aucun licenciement pour motif économique à condition que le personnel s'investisse dans la recherche d'économies.

Cet engagement a été présenté au personnel sous la forme de deux contrats: un contrat social et un contrat économique.

Le contrat social:

- engagement à ne pas procéder à des licenciements pour raison économique: les suppressions de postes seront réalisées par les départs naturels;
- engagement de tous à participer activement à la démarche et à s'adapter aux changements proposés;
- engagement de la hiérarchie à prendre en considération toutes les suggestions d'économies;
- engagement à préserver voire améliorer la qualité des prestations.

Le contrat économique:

- engagement des Hospices à réaliser une économie de 11 % sur trois ans;
- engagement du Conseil d'Etat de redistribuer 4 % pour les développements;
- engagement du Conseil d'Etat de libérer les Hospices de toute pression budgétaire pendant trois ans et de faire bénéficier le personnel des décisions qui seront prises concernant l'indexation des salaires.

Former la structure de projet à la démarche

Pour mener à bien une opération mobilisant une entreprise de plus de 6 000 personnes, il est indispensable d'assurer un encadrement extrêmement rigoureux. Il a donc fallu mettre en place une structure de projet, et la former à la méthode. Il a fallu lui donner des bases de gestion et de techniques d'animation d'équipe qu'elle n'avait pas toujours. Les cadres de la structure de projet devaient avoir aussi une vue d'ensemble de l'opération. Afin d'assurer la continuité de l'opération, les membres de la structure de projet ont été choisis autant que possible parmi l'encadrement des Hospices, il s'agissait de médecins, de cadres infirmiers, et de cadres administratifs.



Les Hospices ont été décomposés en 260 unités d'analyses, chacune animée par un responsable travaillant une demi-journée par semaine pendant les phases d'analyse de l'activité et de recherche d'idées.

Ces unités étaient coordonnées au niveau de chaque secteur (médecine, laboratoires, chirurgie, etc.) par 19 animateurs travaillant à 30%.

Quatre chefs de projet ont été nommés: un médecin à plein temps pour l'hôpital universitaire de soins généraux, un médecin à mi-temps et un cadre infirmier à mi-temps pour les trois secteurs psychiatriques, un cadre administratif à mi-temps pour les autres institutions (écoles, instituts, centre thermal et l'administration des Hospices).

Près de 300 personnes ont été formées à la démarche durant la phase 1.

Phase 2: Analyse de l'activité et des coûts

La phase d'analyse de l'activité et des coûts permet de mettre en évidence l'activité, l'organisation et les dépenses de chaque unité d'analyse. Il s'agit de la base de travail pour faciliter la phase de recherche d'idées. En quatre mois les unités d'analyse ont:

- reconstitué leurs organigrammes;
- défini leurs principales missions;
- établi une liste des activités liées à chacune de leurs missions;
- identifié les dépenses en temps passé pour chaque activité;
- établi une liste de leurs équipements;
- identifié les autres dépenses par activité;
- reconstitué le coût par activité.

L'ensemble des secteurs de l'hôpital a fait un diagnostic de ses dépenses. Il s'agit d'une analyse économique exhaustive de l'activité. Peu d'établissements hospitaliers au monde peuvent prétendre aujourd'hui avoir une base d'information aussi riche sur leurs coûts de fonctionnements:

- Quels sont les coûts de notre activité ambulatoire ?
- Quel est la part du budget dédiée à la recherche ?
- Combien de temps est passé en soins directs et en soins indirects ?
- Combien d'heures sont passées dans les colloques ?
- Quel est le coût de l'établissement du budget annuel ?



Phase 3: Remise en cause et recherche d'idées

La phase d'analyse a servi de support à la phase de remise en cause et de recherche d'idées. Elle a permis de mettre en évidence les activités les plus coûteuses, elle a facilité le calcul des économies.

Cette phase de remise en cause s'est faite de manière extrêmement structurée. Chaque unité d'analyse devait:

- classer les activités en terme de ressources utilisées;
- identifier l'ensemble des tâches et/ou activité pouvant être réduites ou supprimées sans porter préjudice à la qualité;
- faire une liste des idées d'améliorations possibles;
- pousser cette recherche d'idée au delà de la cible;
- valoriser les économies en se référant aux documents de la phase 2.

Chaque unité d'analyse devait remettre en cause ses activités et son organisation, en se posant deux types de questions:

- Peut-on agir sur le besoin ? Est-ce qu'une tâche ou une activité peut être supprimée, différée, simplifiée, ...?
- Peut-on agir sur le processus ? Peut on réaliser cette activité différemment, en automatisant, en modifiant le processus, en sous-traitant, etc. ?

Chaque idée devait être décrite clairement, commentée et valorisée. Pour chaque idée, l'unité d'analyse calculait le montant d'économies réalisable:

- les heures de personnel par catégories professionnelles;
- la consommation de consommables médicaux et non médicaux;
- les investissements nécessaires que l'unité d'analyse comptabilisait sous forme d'amortissements.

Cette évaluation systématique des idées d'économie permettait de vérifier au fur et à mesure si l'objectif était atteint. Elle a été aussi une formation de gestion pour le personnel.

Phase 4: Analyse des risques et choix des idées

Les comités de pilotage par institution ont procédé au choix des idées. Ces comités de pilotage étaient constitués par la direction de l'institution et des responsables de chaque département.



Le processus de choix était organisé de manière à faciliter le travail des comités de pilotage, qui ont dû se réunir un grand nombre d'heures pour donner un avis sur toutes les idées. Pour l'hôpital universitaire il a fallu environ 50 heures de réunion pour prendre une décision sur toutes les idées émises. Certaines ne posaient pas de problèmes, d'autres étaient plus discutées en terme de maintien de la qualité ou de faisabilité.

Chaque idée formulée par les unités d'analyse a fait l'objet d'une fiche permettant de recueillir les avis de leurs responsables, des animateurs, des chefs de projets, des chefs de service. Ces personnes devaient donner un avis favorable ou défavorable, suivi d'un bref commentaire.

Il nous semble que le maintien de la qualité a pu être assuré grâce à ce «filtrage» des idées par un processus systématique de recueil d'avis par les professionnels concernés sur le terrain et au niveau de la direction.

Afin de mieux se préparer aux séances de décisions, les membres des comités de pilotage recevaient la liste des idées à traiter quelques jours avant la séance. En cas de conflit lors d'une discussion sur une idée, le directeur de l'institution tranchait.

Phase 5: Mise en œuvre et suivi des projets

Suite aux décisions prises par les comités de pilotage, un calendrier de mise en oeuvre a été élaboré par la structure de projet, en collaboration avec la direction. En particulier, la direction des ressources humaines a dû estimer le potentiel de départs naturels pour ajuster le plan de mise en oeuvre avec les économies liées au personnel.

Chaque service a dû approuver le calendrier de mise en oeuvre des économies prévues. Une unité de contrôle de gestion s'est créée aux Hospices, pour évaluer la situation budgétaire et la réalisation globale des économies. Les responsables disposeront d'un tableau de bord pour suivre l'évolution de leur secteur. Ce tableau de bord contient:

- les informations budgétaires classiques;
- l'évolution des effectifs du personnel;
- les indicateurs reflétant le niveau d'activité.



RESULTATS OBTENUS

Résultats obtenus aux Hospices cantonaux vaudois

La phase de décision s'est terminée en janvier 1994. Les plans de mise en oeuvre ont été approuvés par les responsables entre les mois de mai et juin 1994. Un consensus sur l'objectif visé (11 % d'économies à réaliser en trois ans) a été obtenu, et l'objectif sera même peut-être dépassé.

Au-delà des idées proposées, qui permettront aux Hospices de diminuer leurs coûts de fonctionnement de 11 % en trois ans, un certain nombre d'effets induits par l'opération se font déjà sentir. Ils reflètent une première prise de conscience des coûts. A activité égale, les principaux postes de consommation directe enregistrent une baisse significative sur les six derniers mois. Il s'agit principalement des demandes d'examens de laboratoire, de la consommation de linge, des consommables médicaux et de la consommation de médicaments.

Le montant total d'économies proposées représente 19,7 % des coûts annuels d'exploitation des Hospices. Il se décompose de la manière suivante: 11,5 % d'économies ont été acceptées par les comités de pilotage, 2,2 % sont acceptées en principe mais demandent des études complémentaires (il s'agit le plus souvent de restructurations profondes de certains services), 6 % d'économies ont été refusées. Le potentiel d'économies réalisables est donc de 13,7 %.

Le montant d'économies acceptées est très différent d'un service à l'autre pour deux raisons:

- les idées proposées par les unités d'analyse n'atteignent pas toutes le même degré de faisabilité.;
- les comités de pilotage ont procédé à des choix non linéaires pour respecter la contrainte du maintien de la qualité des prestations.

Le tableau suivant donne une vision d'ensemble des résultats obtenus dans chaque secteur. Les résultats sont donnés en pourcentage d'économies par rapport au coût du secteur:



Récapitulation des résultats par secteur

SECTEUR	Poids budgétaire (1)	Idées émises (2)	Economies proposées (3)	Economies acceptées (4)	Economies à l'étude (5)	Potentiel d'économies (6)=(4)+(5)	Economies Refusées (7)=(3)-(6)
Médecine	17.20%	195	14.80%	9.90%	1.10%	11.00%	3.80%
Mère-Enfant ⁸	9.50%	161	20.10%	11.60%	0.10%	11.70%	8.40%
Chirurgie	11.80%	107	19.70%	12.70%	3.90%	16.60%	3.10%
Médico-technique ⁹	17.40%	242	17.60%	8.70%	5.90%	14.60%	2.90%
HALT ¹⁰	16.70%	330	21.50%	17.10%	0.50%	17.60%	3.90%
Hôpital universitaire	72.60%	1035	18.50%	11.90%	2.50%	14.40%	4.10%
Ecoles	3.10%	85	18.10%	4.70%	11.50%	16.20%	1.90%
Instituts	3.80%	142	25.60%	10.70%	0.10%	10.80%	14.90%
Etablissement thermal	2.70%	66	22.50%	12.50%	0.00%	12.50%	9.90%
Secteurs psychiatriques	16.50%	354	23.40%	10.20%	0.30%	10.50%	12.90%
Administration des Hospices	1.30%	70	23.50%	19.00%	0.00%	19.00%	4.40%
HOSPICES	100%	1752	19.70%	11.50%	2.20%	13.70%	6.00%

La répartition des économies acceptées par type de coût est très proche de la structure du budget. A l'hôpital universitaire en particulier, le personnel représente 73,2 % des charges, les suppressions de postes proposées représentent 73,7 % des économies.

Un autre exemple en Suède

Environ deux ans avant d'être appliquée aux Hospices cantonaux vaudois, une démarche similaire a été menée en Suède, dans les institutions sanitaires du district de Nacka, près de Stockholm. La direction des Hospices cantonaux vaudois a analysé les résultats obtenus avant de retenir cette méthode pour répondre à ses propres objectifs.

Le réseau sanitaire de Nacka comprend un hôpital général, un hôpital psychiatrique, trois hôpitaux gériatriques et 14 centres de santé primaire. Au total: 1 045 lits, 4 000 employés pour un budget de 600 millions de couronnes suédoises.



Lors de la phase de remise en cause; 4 000 idées ont été proposées, 1 200 idées ont été retenues. Environ 9 % d'économies ont été réalisées dont une partie a été réallouée à de nouveaux projets.

QUELQUES EXEMPLES D'IDEES RETENUES

Donner une liste des idées n'a pas véritablement de sens, dans la mesure où elles sont souvent liées à l'organisation du travail dans un établissement. Les 1 752 idées émises par les unités d'analyse sont de taille et d'ambition très diverses, elles vont de petites économies sur les consommables à des restructurations profondes de processus.

Parmi les mesures d'économies proposées, on retrouve les trois types d'efficacité de production proposés par W. Newbrander, H. Barnum et J. Kutzin (Newbrander, W. et al):

- efficacité technique;
- efficacité économique;
- efficacité d'échelle.

Les idées portent sur les thèmes suivants:

- Organisation du travail quotidien;
- transfert de charges vers d'autres catégories professionnelles;
- automatisation de tâches;
- restructurations profondes de services ou d'activités;
- diminution des prescriptions médicales (radiologie, laboratoires, médicaments, physiothérapie, etc.);
- diminution de la durée de séjour et transfert sur l'ambulatoire;
- amélioration de la prise en charge des patients et diminution des files d'attentes;
- amélioration de la coopération avec d'autres structures de soins;
- petites économies sur les consommables;
- autres.



PROBLEMES RENCONTRES

Une faible participation du corps médical

La participation du corps médical a été difficile à obtenir. La faible participation des médecins dans certains services allait de pair avec la crainte de parler devant la hiérarchie médicale.

Faire comprendre au personnel le sens de la démarche

Il nous a semblé difficile de faire admettre au personnel qu'il ne s'agissait pas d'une démarche d'audit et que tout n'était pas décidé d'avance. Il a fallu sans cesse rappeler les règles du plan social pour apaiser la crainte des licenciements. Certains services, en particulier les services logistiques et techniques se sont montrés inquiets d'être supprimés au bénéfice d'une sous-traitance de leurs activités.

Le personnel a eu beaucoup de difficultés à comprendre la nécessité d'une analyse de l'activité et des coûts pour aborder sur des bases solides la phase de recherche d'idées. Les unités d'analyse ont trouvé cette phase très fastidieuse. Elles comprenaient mal l'objectif recherché. Pourtant elles ont rempli très consciencieusement les formulaires qui leur étaient proposés pour calculer les coûts par activité, parfois même avec trop de précision.

La difficulté d'appliquer les méthodes de benchmarking en milieu hospitalier

La comparaison des hôpitaux par des techniques de benchmarking est très difficile. Même au sein d'un même pays, les données d'activité et les données financières sont le plus souvent basées sur des définitions différentes.

Pour des données aussi élémentaires que le nombre de patients ou le nombre de journées, les différents modes de comptabilisation que nous avons rencontrés pouvaient amener à des écarts de deux jours sur les durées moyennes de séjour, pour des case-mix semblables.

Souvent, une partie des charges des hôpitaux publics sont comptabilisées dans un autre service de l'Etat, par exemple: l'amortissement des bâtiments, des équipements, les charges financières, les assurances etc.



Le benchmarking hospitalier doit être appliqué avec précaution, mais il permet d'identifier les pistes d'amélioration et facilite la remise en question⁸.

Les systèmes d'information sanitaire sont encore lacunaires pour procéder à des comparaisons précises. Mais dans un secteur de l'économie où la « concurrence par comparaison » apparaît comme un moyen efficace pour améliorer les performances, il semble important de développer ce genre de technique, particulièrement dans les hôpitaux (Schleifer, A.).

La nécessité d'un bon système d'information

L'absence d'un bon système d'information est un handicap à la mise en place d'opérations de réduction des coûts. Pour calculer les coûts par unité d'analyse il faut être en mesure de calculer les coûts par centre de charge. Comme bien des hôpitaux, les hospices cantonaux vaudois ont une comptabilité analytique incomplète. L'attribution de certaines charges par service a été difficile. Pour suivre l'évolution de certaines dépenses cliniques, pour mettre en place certaines idées remettant en cause des thérapies et pour mesurer avec précision l'évolution de l'activité pendant les trois années de mise en oeuvre des mesures d'économies, un système d'information permettant de connaître l'indice de « case-mix » pourrait être un outil précieux.

Les lacunes du système d'information ont été un argument souvent employé par le personnel des Hospices pour contester la validité des résultats obtenus. Pourtant, le travail extrêmement structuré effectué par les unités d'analyse a permis de calculer des coûts par activité de manière assez précise. Une fois le travail effectué, certains responsables de service ont admis que cet effort leur avait permis de mieux comprendre la structure de leurs coûts. Ce qui montre qu'en l'absence de système d'information totalement informatisé, une étude ponctuelle sur la structure des dépenses peut s'avérer d'une grande utilité pour le gestionnaire hospitalier.

Le développement d'un système d'information centré autour du patient devient un enjeu stratégique pour les hôpitaux qui sous la pression des organismes de tutelles sont amenés à maîtriser leurs dépenses de manière toujours plus fine. Les systèmes d'information hospitaliers centrés autour du patient se développent partout. Ils présentent encore de nombreuses lacunes dans bien des hôpitaux. Le travail effectué

⁸ Le benchmarking dans le domaine de la santé fait l'objet d'un numéro spécial du Journal on Quality Improvement du mois de mai 1994: « Benchmarking in health care: models for improvement »



par les unités d'analyse s'est révélé être une excellente base de travail pour rendre le système d'allocation des ressources et le reporting de gestion plus performants.

La phase de recherche d'idées

La phase de remise en question et de recherche d'idées a été beaucoup plus lente que prévu, dans la mesure où les unités d'analyse ont systématiquement cherché à réaliser un consensus sur les idées émises. Cette phase a retardé d'un mois environ le planning du projet. A la fin du mois de novembre, les Hospices n'avaient atteint que 19,7 % d'économies alors que la cible de travail était fixée à 22 %. Il est intéressant de remarquer que cette recherche permanente du consensus n'a pas été observée à l'hôpital de Nacka en Suède, où cette phase avait débouché sur un très grand nombre d'idées. Peut être s'agit-il d'un phénomène culturel. Le choix des idées en a été toutefois facilité, dans la mesure où elles avaient dans l'ensemble un taux de faisabilité élevé.

CONDITIONS DE REUSSITE

Sur la base des expériences menées dans les deux pays, les principales conditions de réussite d'une opération de réduction de coûts en milieu hospitalier nous semblent être les suivantes:

Avoir le soutien de la direction générale

Le soutien de la direction générale tout au long de la démarche est essentiel. Une étude réalisée par McKinsey (All, G. et al.) sur 100 compagnies américaines ayant entrepris une démarche de réduction de coûts, montre que l'atteinte des objectifs fixés est fortement liée à l'engagement de la direction pendant et après la démarche.

Il est difficile pour la structure de projet de maintenir la pression sur les unités d'analyse sans l'appui de la direction. Celle-ci doit aider la structure de projet à accomplir sa mission, en responsabilisant l'encadrement et plus particulièrement les chefs de service sur la nécessité de réduire les coûts.

L'organisation du projet

Il faut être extrêmement rigoureux dans l'organisation de la démarche: plus le processus est participatif, à savoir, plus il y a de personnes



impliquées, plus les outils méthodologiques et l'organisation du projet doivent être rigoureux (Harrington, H.J.).

Le choix des responsables du projet

La structure de projet doit être bien choisie. Les responsables de la structure de projet sont souvent amenés à gérer des situations difficiles, ils passent beaucoup de temps à convaincre (Carr, D.K.). Ils doivent donc être en mesure de mener une équipe, d'assurer l'avancement d'un projet d'envergure et doivent être prêts à s'impliquer dans la démarche.

Formation

La structure de projet doit parfaitement maîtriser les outils méthodologiques, être formée aux techniques d'animation de réunion et avoir une vision d'ensemble sur la démarche. Les séances de formation doivent lui donner tous les outils nécessaires pour la réussite de sa mission.

Communication

Un plan de communication doit accompagner toute la démarche. Le personnel doit être avisé au fur et à mesure de l'état d'avancement du projet. De nombreuses séances d'information doivent être organisées, de l'information écrite doit être diffusée régulièrement. Les syndicats, en particulier dans les pays où ils ont un pouvoir important, doivent être tenus au courant dès le début de l'opération. L'information est essentielle dans une démarche de cette envergure, une mauvaise information favorise la propagation de rumeurs et de «bruits de couloirs» qui peuvent rapidement devenir déstabilisants.

A Lausanne, un journal, appelé *orCHidée*, rédigé par un journaliste professionnel, a été publié et diffusé à tout le personnel à la fin de chaque étape. Des réunions hebdomadaires à tous les niveaux de la structure de projet facilitaient la diffusion de l'information et la capacité de prise de décisions.

Impliquer l'encadrement

L'encadrement doit être impliqué dès le début: En milieu hospitalier, la participation des chefs de service est essentielle. En particulier pendant la phase de recherche d'idées d'économies, ils devront faciliter le travail des équipes et apaiser la crainte de parler devant la hiérarchie médicale.



Des règles claires de la part de la direction

Il faut faire comprendre au personnel les raisons pour lesquelles cette réduction de coûts est nécessaire.

Dès le début, un plan social qui précise clairement les règles qui seront adoptées en matière de suppressions d'emplois doit être présenté au personnel.

Dans le cas de la démarche orCHidée, l'Etat a donné aux Hospices trois ans pour réaliser les économies imposées. Ce délai a permis à la direction des Hospices de s'engager vis-à-vis du personnel à ne procéder à aucun licenciement pour motif économique, les suppressions de postes se faisant au rythme des départs naturels. Cette solution a facilité la phase de recherche d'idées d'économies, réduisant en partie la crainte de proposer des idées qui pourraient avoir comme conséquence de perdre son emploi.

PERSPECTIVES D'UTILISATION

Dans quelle mesure une méthode semblable pourrait-elle être développée ailleurs ?

L'expérience de Lausanne montre qu'il est possible de mener à bien une démarche de réduction des coûts dans un hôpital de grande taille. Il est vraisemblable que dans les pays développés, bien des hôpitaux publics présentent un potentiel important d'économies.

Selon W. Newbrander, H. Barnum et J. Kutzin (Newbrander, W. et al.), qui citent différentes études réalisées par l'OMS, bon nombre de pays en développement ont constaté que l'un des besoins les plus pressants était une meilleure gestion des ressources hospitalières.

En milieu hospitalier, il nous semble qu'une approche fondée sur une analyse de l'activité, un calcul des coûts par activité et une remise en question des processus par les professionnels permet d'identifier les principaux dysfonctionnements.

La réussite d'une démarche comme celle réalisée dans le canton de Vaud tient plutôt à la capacité des pouvoirs publics de mettre en oeuvre les idées retenues. Les mesures d'économies dans les hôpitaux sont impopulaires et les règles administratives des pouvoirs publics ne permettent pas toujours de prendre des mesures de gestion avec la souplesse nécessaire.



CONCLUSION

Une mauvaise gestion des hôpitaux entraîne un gaspillage des ressources qui pourraient être mieux utilisées soit en améliorant le réseau de soins primaires, soit en améliorant la qualité des soins donnés à l'hôpital, soit en allouant les ressources à d'autres secteurs de l'économie.

«En réduisant ou en faisant disparaître de nombreux dysfonctionnements, en économisant partout où cela est possible et en investissant ensuite une partie des sommes économisées dans de nouveaux projets, les institutions des Hospices auront fait la preuve de leur vitalité.»⁹

L'opération orCHidée est un processus continu, une recherche de qualité et d'efficacité qui s'inscrit dans le temps, une réflexion qui a déjà modifié certains comportements.

Le recours à une méthode aussi participative a permis au personnel de ne pas se trouver dans une situation où il devait subitement appliquer des mesures d'économies décidées en dehors de lui. Une telle solution s'adapte particulièrement bien au monde sanitaire, où un fossé est vite créé entre des professionnels qualifiés qui connaissent leur métier et son évolution, et une direction générale qui se concentre sur des mesures de gestion et doit faire face à des problèmes d'allocation de ressources.

Il n'est pas prévu de réaliser toutes les idées immédiatement. Comme convenu avec le Gouvernement, elles seront appliquées dans un délai de trois ans. Les idées les plus complexes ont jusqu'à la fin 1996 pour entrer dans les faits.

La plupart des idées acceptées doivent encore être mises en oeuvre. Avec la perspective de nombreuses réductions de postes et de changements profonds dans la manière de travailler, cela ne se fera pas sans mal. Mais sans vouloir anticiper sur le travail qu'il reste à accomplir, il nous semble possible d'affirmer que la démarche est un succès et que les principaux objectifs fixés au départ ont été atteints, voire même dépassés. ■

⁹ Charles Kleiber, Directeur général des Hospices, dans l'introduction du rapport final de l'opération orCHidée, remis au personnel des Hospices cantonaux vaudois.



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Absi, J. et al. «*Une démarche participative de réduction des coûts, bilan de l'opération orCHidées menée aux Hospices cantonaux vaudois*», présentation aux journées scientifiques de l'Association latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé, Bruxelles Juin 1994.
- All, G. et al. «How to make reengineering really work» Harvard Business Review November-December 1993.
- Brailer, D.J. et van Horn, R.L. «*Health and the welfare of U.S. Business*» Harvard Business Review March-April 1993.
- Camp, R.C. et Tweet, A.G. «Benchmarking Applied to Health Care», Journal on quality improvement, Vol 20, No 5, May 1994.
- Carr, D.K. «*Managing for Effective Business Process Redesign*», Journal of cost management 7(3) pp 16-21 WGL Fall 1993.
- Frei, A. et Hill, S. *Le système suisse de santé*, Editions Krebs SA, Bâle 1992.
- Gilland, P. *Assurance maladie quelle révision ?*, Réalités sociales, Lausanne 1990.
- Hammer, M. et Champy, J. «*Reengineering the Corporation: a manifesto for business revolution*», Harper Collins Publishers, New York 1993.
- Harrington, H.J. «*Process Breakthrough: Business Process Improvement*», Journal of cost management 7(3) pp 30-43 WGL Fall 1993.
- Johnson, T. et Kaplan, R. «*Relevance lost: the rise and fall of management accounting*», Harvard Business School Press, 1988.
- Kutzin, J. et Barnum, H. «*Public hospitals in developing countries, resources, use, cost, financing*», the John Hopkins University Press, 1993.
- Mullaney, A.D. «*Downsizing: How one hospital responded to decreasing demand*», Health Care Management Rev. 14(3),pp41-48 Aspen Publishers, Inc. 1989.
- Newbrander, W. et al. «Economie hospitalière et financement des hôpitaux dans les pays en développement», OMS Genève, 1992.
- Phelan, G. «*Zero base budgeting*» Hospital cost management and accounting, Vol. 1, No. 9, Aspen Publishers inc., December 1989.
- Schleifer, A. «*A theory of yardstick competition*» Rand Journal of Economics Vol 16 No 3, 1985.
- Schonberger, R.J. *Building a chain of customers* (Free Press 1990).



- Sommer, J.H. et Gutzwiller, F.: *Economie et efficacité du système suisse de santé*; Editions Hans Huber, 1986.
- Spendolini, M.J. *The Benchmarking book*, AMACOM, New York 1992
- Townsend, E.J. et al. «*A framework for identifying and correcting structural inefficiencies*», *Health Care Management Rev.*, 13(3), 35-44 Aspen Publishers, Inc. 1988.
- Vollmann, Th.E. et Brazas, M.E. «*Downsizing*» *Manufacturing 2000*, Executive reports series IMD Lausanne 1992.